

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación “la Caixa”

SALUD, ENFERMERÍA Y TERAPIA NEURAL

Máster

Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para la obtención del Máster.

SALUD , ENFERMERÍA Y TERAPIA NEURAL

Trabajo dirigido por los profesores

José Tejada Fernández y Esteve Pont

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretario
Concepció Ferrer	Vocal
Marisol Rodríguez	Vocal
José Tejada	Vocal

Presentado en fecha: 2008

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de la autora.

Es muy probable que el siglo XXI revele ideas más maravillosas incluso que aquellas del siglo XX. Pero para que esto suceda, necesitaremos nuevas y poderosas ideas que nos lleven en direcciones significativamente diferentes de las que en la actualidad se están siguiendo. Quizá lo que necesitamos fundamentalmente es algún cambio sutil de perspectiva... algo que todos hemos pasado por alto...

**Roger Penrose. El Camino a la realidad
(pág.1398); Barcelona: Círculo de Lectores, S.A.; 2006**

El arte enfermero es la utilización creadora de la ciencia enfermera que está en pleno crecimiento

(Rogers, 1990)

No es fácil justificar una posición que choca con lo establecido, sin miedo a represalias; Porque siempre habrán detractores que la censurarán desde otros puntos de vista diferentes a los de la persona que fundamenta su pensamiento. Pero voy a intentarlo, quizás no es la manera más correcta iniciar un trabajo hundiendo parte de un iceberg, pero "creo" en lo que voy a exponer a continuación y a mi modo de ver, las creencias mueven el mundo.

Ester Burrel (2007)

ÍNDICE

A	PROLOGO		6
B	JUSTIFICACIÓN		7
C	OBJETIVO		8
D	MARCO TEORICO		9
1	ANALISIS DEL ENTORNO <ul style="list-style-type: none"> • Estado del Bienestar (9) • Art. 43 Constitución (9) • Crisis del Sistema (10) • Crisis en Salud (11) • Contexto Socio-Sanitario-legal (12) • Principales características del modelo (13) • Organización de los Servicios de Salud (14) • La Sanidad Privada (14) • Población actual (15) • Gasto Sanitario (17) • Profesión (19) • Competencias (20) • Enfermera, ría, Médico, Salud (21) • Enfermedad (25) • Paradigma (26) 		9
2	TERAPIA NEURAL		31
3	PENSAMIENTO ENFERMERO		38
4	TERAPIAS NATURALES Y ENFERMERÍA		42
5	TERAPIA NEURAL Y PENSAMIENTO ENFERMERO		67
6	LA GESTIÓN DEL CUIDADO		69

7	PENSAMIENTO MÉDICO	76
8	LAS TERAPIAS NATURALES, TRADICIONALES, ALTERNATIVAS	78
9	DEFINICIONES/ CONCEPTOS TERAPIAS	83
10	USO DE LAS TERAPIAS EN ESPAÑA	111
11	TERAPIAS EN CATALUÑA	112
12	OTRAS EXPERIENCIAS CON TERAPIAS NATURALES	119
13	RECURSOS EN LA RED DE MEDICINA COMPLEMENTARIA	126
14	MEDICINA COMPLEMENTARIA/ALTERNATIVA	140
15	DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	145
E	MARCO APLICADO	145
F	HIPOTESIS	145
G	METODOLOGIA	145
H	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	145
I	POBLACIÓN - MUESTRA	146
J	RESULTADOS J – I INCIDENCIAS (148) J – II RESULTADOS CUESTIONARIOS (148) J - III RESULTADOS ENTREVISTAS (169)	148
K	CONCLUSIONES	170
L	PROPUESTAS	174
M	NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	176
N	BIBLIOGRAFIA	187
O	ANEXOS	

A - PRÓLOGO

Tras finalizar los estudios de enfermería en la “Escola Universitaria d’Infermeria Santa Madrona de la Fundació “la Caixa”, una médica especialista en estomatología y profesora de la facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona; la Dra. Carmen Ros me sugirió que ojeara en Internet el programa del curso de postgrado en Terapia Neural y Odontología Neurofocal previsto para el año 2006/07 en la “Escola Universitaria d’Infermeria Sant Joan de Déu” . Tras observar que estaba dirigido a médicos, odontólogos y veterinarios pensé que no sería aceptada pero para mi sorpresa, permitieron que me matriculara; La única diferencia que tendríamos los diplomados que accedíamos al curso era que no nos darían el título de postgrado, el resto de condiciones se mantenían intactas: idénticas condiciones de pago, mismo nº de horas de clase, etc.

Con anterioridad a esta formación había sido tratada con terapia neural en contadas ocasiones por la mencionada doctora pero no sabía realmente como funcionaba dicho tratamiento ni sus efectos.

A medida que avanzaban las sesiones, observaba y descubría los efectos de la terapia neural en los cuerpos, y convivía con los diferentes profesionales de la salud, me di cuenta de que me hallaba ante una terapia holística de efectos sorprendentes y, además no estaba ante el estereotipado y rígido colectivo de médicos, enfermeras y dentistas, más bien se trataba de seres humanos formados en el ámbito sanitario con inquietudes diversas que mostraban un pensamiento flexible y estaban abiertos a nuevas teorías de funcionamiento en aras de dar a sus pacientes el mejor tratamiento que pudieran ofrecerles. Paralelamente había iniciado en la E.U.I. Santa Madrona el máster de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería, donde entre otras cosas, nos formaban para realizar investigaciones. Así pues, decidí conectar ambos masters y hacer una pequeña investigación sobre los participantes en el curso de neuralterapeutas y la terapia en cuestión y, elaboré un cuestionario que contemplara diferentes variables, para intentar conocer de que hablábamos y el tipo de colectivo que se interesaba por esta terapia.

El estudio citado (cuyos resultados se encuentran en estas páginas) también trató de averiguar el perfil de los profesionales de la salud que participaron en el

curso, los efectos de la terapia neural en las enfermedades, la utilización por parte de enfermería y las posibilidades de implantación en el sistema.

B - JUSTIFICACIÓN

Introducción: La Enfermería (profesión mayoritaria dentro del sector sanitario) contribuye en gran medida al “buen” o “mal” funcionamiento del sistema. Y esto por ejemplo lo vemos reflejado en su práctica diaria, dado que la aportación de sus cuidados y servicios al ciudadano repercute tanto en la prevención de estados indeseables de salud y en una rápida recuperación en situaciones de enfermedad, como en una gestión económica eficaz con la utilización racionalizada que realiza la enfermera de los recursos que ayuda a disminuir costes.

Este estudio tiene su origen en:

- A) La revisión del pensamiento y los cuidados enfermeros a lo largo de la historia
- B) Un análisis detallado de múltiples terapias “naturales”, concluyendo con la propuesta de incorporación en enfermería de una de ellas; La Terapia Neural.
- C) Por otro lado en el análisis de la situación actual de la población española en materia sanitaria así como las previsiones de futuro y la proposición de incorporación en el sistema de dicha práctica, que puede ser aplicada por diferentes profesionales de la salud, teniendo efectos beneficiosos de reequilibrio en el ser humano y un coste económico aceptable.
- D) Fruto del máster de Gestión, dentro de las funciones de una directora de enfermería está la de proponer nuevas estrategias para el buen funcionamiento del sistema y es por ello que, también tratará de ser una propuesta seria de integración de la Terapia Neural en enfermería, aplicada como parte de su rol autónomo. Todo ello lo realizo ante la necesidad de conseguir, fundamentar los beneficios de la aplicación de Terapia Neural por parte de enfermería y las posibilidades de aplicación en

el contexto de la sanidad española , teniendo en cuenta la falta de personal formado en este campo.

C - OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL.

Justificar la propuesta de incorporación de la Terapia Neural en el Sistema Sanitario Público y fomentar su aplicación como parte del rol autónomo de enfermería para la mejora del bienestar de los usuarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 1) Detectar factores que inciden en la práctica de la T.N. en nuestro entorno
- 2) Conocer la opinión de los participantes en el master de Terapia Neural de si enfermería puede ofrecer la terapia neural a los usuarios y desarrollar esta práctica como parte de su rol autónomo.
- 3) Proponer líneas de actuación de investigación (estudios cuantitativos y cualitativos) para fomentar y difundir los beneficios de la terapia neural.
- 4) Conocer las Terapias que se enseñan, utilizan y ofrecen en nuestro país.
- 5) Conocer las terapias a las que accede el personal sanitario que se esta formando en Terapia Neural
- 6) Comprobar si enfermería puede integrar en su rol y aplicar la terapia neural autónomamente
- 7) Conocer y registrar opiniones de usuarios de terapia neural
- 8) Conocer y registrar opiniones de practicantes de terapia neural
- 9) Concluir si la terapia neural puede constituir un producto enfermero a tener en cuenta dentro del marco economico-sanitario actual en nuestro país.

D - MARCO TEORICO

En una primera fase se realizaron diversas lecturas sobre terapias naturales técnicas de investigación, gestión en enfermería, situación sanitaria, terapia neural en profundidad.

Conceptos Básicos

Análisis del Entorno: Estado del Bienestar, Crisis del sistema, Contexto económico, sanitario y legal, organización servicios de salud , Servei Català de la Salut, el presupuesto de Salud, Proveedores, la sanidad privada, Población, Gasto farmacéutico, profesión, las competencias, Enfermera, enfermería médico, medicamento y salud, Enfermedad, Paradigma, Terapia Neural.

1) ANÁLISIS DEL ENTORNO

Estado del Bienestar

El Estado de bienestar apareció en la Europa de la posguerra, por un pacto que establecieron las democracias cristianas y los países socialdemócratas después de la Segunda Guerra Mundial. La idea inicialmente surgió delimitada en los territorios nacionales, pero actualmente los países europeos van quedando diluidos en la “Comunidad Europea”, por ello, aunque existen diferencias incluso entre comunidades, se van intentando unificar criterios y estrategias desde diferentes líneas en Europa.

Se trata de un sistema de redistribución de los recursos, por un estado que tiene una función aparentemente neutral, entre los agentes sociales. Para que haya un Estado de bienestar se tienen que dar unas determinadas condiciones.

Como funciones inherentes del estado de bienestar, encontramos promover el bien común, por medio del cumplimiento y el hacer cumplir el respeto de todos los derechos individuales y sociales contemplados en la constitución.

Art. 43 Constitución

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Crisis del sistema

En los últimos años, hemos asistido a un desprestigio sistemático de políticos y sistemas que nos ha llevado a perder la confianza en el Estado. Se nos ha dicho desde el poder, repetidísimas veces, que el Estado es ineficiente, que el servicio público es un gasto inútil, que hay que privatizar todos los servicios porque es la única forma de que funcionen. Hemos oído un discurso de exaltación de lo privado y de denigración de lo público, sistemáticamente desde los años 80.

Lo que las personas quieren realmente es en todas partes lo mismo; seguridad, educación, protección en la vejez y un buen sistema sanitario

El ser humano que actualmente se potencia y erige ideológicamente en nuestro tiempo es competidor, consumidor y contribuyente, con un mensaje clarísimo: competir más, consumir más y contribuir menos.

En este escenario se magnifica el racionalismo, el empirismo y el materialismo y, sólo unos pocos (aunque cada vez más) se apartan del sistema, decepcionados por la situación social-económico-política, por los esquemas rígidos y obsoletos que buscan auto-perpetuarse, por los intereses económicos, los valores estéticos modernos y vacíos de contenido, las modas, lo pasajero, insustancial, la información que desinforma, la aceleración de los ritmos que no permiten asimilar, ni disfrutar de aquello que se está viviendo, una sociedad que delega en sujetos profesionales y formales del saber sus propias vidas e intereses, que parcelan su persona como si lo alienable fuera reconocer la totalidad del ser humano que llevamos dentro todos y cada uno de nosotros, se busca como fin, el separar, hacer segmentos de nuestra propia persona, se potencian las personalidades esquizoides, lo que en otro tiempo se denominaba chafardería, vouyerismo es

una práctica habitual que se consigue apretando un sólo botón al alcance de cualquier persona del mundo “desarrollado”, observemos los programas de televisión que estan de moda con altos índices de audiencia (Gran Hermano, Supervivientes, Operac Triunfo, Salsa Rosa, Dónde estás corazón, Sálvame, etc.)

Aunque esté difícil, deberemos encontrar los vínculos de solidaridad necesarios para que el Estado de bienestar sea viable, para la aceptación de renunciaciones en el seno de la sociedad para una redistribución más equitativa. Y en este terreno es difícil perpetuar y defender las actuales posiciones del Estado de bienestar.

“... muchas de las cosas del Estado de bienestar deben ser renovadas, cambiadas y reformuladas, el Estado de bienestar tiene vicios y ha provocado usos y comportamientos que, lejos de ir en la dirección de los objetivos deseados, pueden ir en los contrarios, en la creación de ciertos corporativismos, de ciertos gremialismos, de ciertos sistemas de intereses cerrados que nada tienen que ver con el interés general. Todo esto es verdad, también, y evidentemente el Estado de bienestar, como toda realidad social, debe cambiar, es perceptible, y no hay un modelo fijo de Estado de bienestar.” (Ramoneda, Joseph;2003) (5)

Los economistas señalan el riesgo en el ámbito sanitario.: “Si hay voluntad política el Estado de bienestar es posible, si no hay voluntad política siempre habrá coartadas, argumentos técnicos para decir que es inviable, que no hay recursos para financiarlo, que es imposible de llevar a cabo dado las tasas de paro que hay en estos momentos en la sociedad, etc.” (Ramoneda, Joseph;2003) (5)

Nos encontramos en una sociedad democrática, donde teóricamente podemos intercambiar enfoques, generar nuevas ideas, clarificar dudas y fomentar políticas propicias para una relación enmarcada en el principio de subsidiaridad y descentralización que, favorecen el abandono por parte del Estado de sus responsabilidades sociales y, el traslado de dichos deberes a las organizaciones sociales no gubernamentales, todo ello con la pretensión de regularlos.

Crisis en Salud

La salud colectiva está en crisis en la mayoría de los países y la meta de equidad en salud no se ha cumplido a pesar de los diversos y reiterados intentos de los organismos nacionales e internacionales.

Desde hace tiempo y cada vez más, la dirección del discurso sanitario va dirigido a la supervivencia de la sanidad pública en nuestro “hipotético” y “cuestionado” Estado del Bienestar. Desde el punto de vista económico se prevee que la situación será difícil de sostener si no se realiza un nuevo enfoque del sistema. Por ello una propuesta que realizo desde aqui, será tratar de buscar, utilizar y asimilar todos los aspectos positivos de las medicinas tradicionales y/o alternativas, que van a traducirse en una mejor utilización de los recursos de la naturaleza para recuperar la salud, esto es, en una integración y apertura de dichas terapias a los objetivos del Sistema Público de Salud que permitan alcanzar una terapéutica que conduzca a un mayor bienestar social.

Contexto económico-sanitario-legal

El estado español cubre las necesidades sanitarias de todos sus ciudadanos mediante el Sistema Nacional de Salud, financiado a través de impuestos y regentado por las Comunidades Autónomas

La Constitución española (1978) representó un hecho sin precedentes en la historia de España respecto al reconocimiento de los derechos fundamentales de los ciudadanos.

Posterior a la constitución y con la Ley General de Sanidad formaron un marco legal de los sistemas de salud hasta la actualidad.

La Ley General de Sanidad, del 25 de abril de 1986, instaura el Sistema Nacional de Salud mediante la integración de diversos subsistemas sanitarios públicos.

Su finalidad es, según el artículo 1, "la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución".

El Servicio Nacional de salud se basa en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias, lo cual debe permitir el

paso de una concepción presidida por la enfermedad a una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos.

Las principales características de este modelo son:

1. Universalización de la atención. Cubre al 100% de la población, independientemente de su situación económica y de su afiliación a la seguridad social.

2. Accesibilidad y desconcentración. Para garantizar la equidad en el acceso a los servicios se ha instrumentalizado la regionalización sanitaria, basada en situar los diferentes servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población. Se trata así de reducir la concentración de centros sanitarios en los núcleos urbanos.

3. Descentralización. En la actualidad se tiende a descentralizar la gestión de los recursos sanitarios; para ello se han emprendido unas reformas en la organización del sistema sanitario, con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios y de los profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos. Se tiende a implicar a la comunidad en la toma de decisiones sobre la gestión del gasto y en el modo de utilización de los servicios.

4. Atención Primaria. En el servicio nacional de salud, la base de la atención sanitaria es la atención primaria de salud. (11)

La Atención Primaria de Salud, según la definición aceptada universalmente, es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan aportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Participación de la comunidad. Los ciudadanos participan en la orientación y el control del funcionamiento del sistema nacional de salud, a través de los órganos de gestión locales y regionales. (53)

Organización de los Servicios de Salud

En el sistema sanitario español, en la actualidad, pueden identificarse tres niveles organizativos: central, autonómico y áreas de salud.

- Organización de la administración central: El órgano fundamental de la administración central del Estado es el Ministerio de Sanidad y Consumo, encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo, así como de la coordinación de las actividades dirigidas a la reducción del uso de drogas y de sus consecuencias.
- Organización autonómica: La ordenación territorial de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas y debe basarse en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

En cada Comunidad Autónoma debe constituirse un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y otras organizaciones territoriales intracomunitarias, respetando las distintas titularidades que existan, aunque a nivel funcional dichos servicios estén adscritos al servicio de salud de cada Comunidad Autónoma.

(Ver Anexo: Áreas de Salud)

La sanidad privada

En los últimos años la sanidad privada ha ganado en importancia. Se estima que un 15% de la población posee seguros médicos privados, incluidos la mayoría de los funcionarios públicos, a los que se les da la opción de elegir entre el sistema público y el privado. Los seguros pueden utilizarse bien como complemento o como alternativa a la sanidad pública.

La ventaja del seguro privado es que las compañías tienen sus propias redes de hospitales, clínicas y laboratorios, por lo que los asegurados no tienen que esperar tanto para ser tratados. El único problema es que las compañías pueden insistir a los pacientes en que utilicen sólo médicos que sean miembros de su grupo. Sin embargo, la mayoría tienen programas que reembolsan el 80% de la factura de médicos de fuera del grupo. Las compañías de seguros privados más importantes son Adeslas, Asisa y Sanitas. (6)

Además de los seguros privados también encontramos a profesionales que ejercen la práctica privada y no forman parte de ninguna aseguradora. Y aquí encontraríamos a los más variopintos terapeutas y todo tipo de titulaciones (regladas y no regladas) que ejercen las terapias naturales o alternativas y que forman parte de esta red que los usuarios utilizan con el fin de recuperar la salud o el equilibrio perdidos.

Según un artículo aparecido en el Mundo el 30 de enero del 2007, hablamos de **más de 3.500 centros y 5.000 profesionales** que se dedican a aplicar o enseñar estas terapias. Según un estudio del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona (COFB), **el 67% de los enfermos crónicos de Cataluña utiliza terapias naturales** como tratamiento y el 30% de la población catalana ha recurrido alguna vez a estos profesionales. (58)

Población actual

La combinación de tasas de natalidad bajas con una mortalidad en descenso, ha provocado un envejecimiento general de las sociedades, incluida la española. Así, el declive de la mortalidad en las sociedades desarrolladas se está concentrando en los grupos de edad superiores, lo que ha provocado un creciente peso de la población anciana y la llegada a edades más avanzadas de personas en mejores condiciones de salud (Livi Bacci, 1993:78). En el caso español la esperanza de vida al nacimiento ha pasado de 70,4 años para los varones y 76,2 años para las mujeres en 1975, a 75,7 años y 83,1 años respectivamente en el año 2002.

Si nos centramos en Catalunya La esperanza de vida es la más alta de la Unión Europea y se sitúa en 83,4 años para las mujeres y en 76,3 para los hombres, según recoge la Memoria Socioeconómica i Laboral del Consell de Treball

Econòmic i Social de Catalunya (CTESC). La piràmide de població del any 2006 representa, segun el CTESC, una estructura clarament envejida pese a la incipiente recuperaci3n de la natalidad. Los menores de 15 años representan el 14,3% del total, y los mayores de 65 años, el 16,5%. (63)

Se prevee que el crecimiento de la proporci3n de la poblaci3n anciana seguirá un perfil ascendente. De este modo y, segun las proyecciones de poblaci3n realizadas por el INE1, en el año 2025 en España, supondrán el 21,2 por ciento del total.

Este substancial crecimiento de la poblaci3n anciana que las sociedades desarrolladas experimentarán en los próximos años, ha provocado una importante preocupaci3n social, debido al temor de que la estructura de edad de la poblaci3n se invierta, dándose el fenómeno que Wallace (1999) denomina como *seísmo demográfico* y Livi Bacci (1998) como *involuci3n demográfica*.

Pero, ya que el proceso de envejecimiento tiene un carácter estructural, es necesario cambiar el enfoque pasando de la perspectiva que lo considera como un problema social, a la consideraci3n de que es un logro de las sociedades desarrolladas que tan sólo requiere programar las acciones económicas, políticas y sociales adecuadas, como Díez Nicolás (2002) y otros autores proponen.

La reestructuraci3n económica, política y social necesaria para poder enfrentar de forma adecuada los cambios demográficos que se están produciendo en las sociedades desarrolladas, requiere una reflexi3n más pormenorizada de las causas que han propiciado el envejecimiento de la poblaci3n.

Las diferencias en cuanto a la esperanza de vida de varones y mujeres se deben a la sobremortalidad masculina en los países desarrollados. Las investigaciones han demostrado que la sobremortalidad masculina aparece con la disminuci3n de las enfermedades de origen infeccioso, el predominio de las enfermedades degenerativas y la extensi3n de modos de vida y hábitos nocivos, como son el estrés, el tabaquismo y el alcoholismo, entre otros. En este sentido, la Organizaci3n de Naciones Unidas (2002) prevé que las diferencias en cuanto a la mortalidad de varones y mujeres disminuirán en los grupos de edad mayores,

debido a las propias características del proceso de envejecimiento y a la difusión de modos de vida y hábitos análogos entre varones y mujeres. (64)

Gasto sanitario

En los últimos años éste ha aumentado, pasando de 23.557 millones de euros en el año 1991 a 46.681 millones de euros en 2001. Si bien tanto el sector público como el privado experimentaron en esta década un importante desarrollo, el gasto sanitario privado ha sido el que más ha aumentado en estos diez años, multiplicando su inversión por 2,6, mientras que en el caso del gasto sanitario público se multiplicó por 1,8 durante el periodo de estudio.

El gasto farmacéutico de la Seguridad Social también ha sufrido un importante incremento en los últimos años, pasando de 3.101,8 millones de euros en 1991 a 7.084,4 millones de euros en el año 2001.

A pesar del aumento del gasto sanitario en los últimos años, España figura en el puesto 29 en la clasificación que la Organización Mundial de la Salud (2000) ha realizado en lo que al nivel de gasto sanitario (porcentaje del PIB), tanto total como público, se refiere. Sin embargo, en esta misma clasificación realizada por la OMS, España ocupa el sexto puesto entre 191 países en lo que al nivel de salud de la población se refiere, indicando la calidad de los servicios sanitarios ofertados en nuestro país. (64)

El gasto farmacéutico: el que aporta una mayor carga al Sistema Nacional de Salud es el de los pensionistas. La razón por la que el gasto farmacéutico de los pensionistas es superior se debe, no sólo a que el importe medio de las recetas es más elevado, consecuencia de las propias características de los tratamientos y enfermedades durante la ancianidad, sino también a que la cobertura del gasto farmacéutico de los pensionistas es del 100 %. Previsiblemente, y de seguir las actuales tendencias demográficas, el gasto farmacéutico se incrementará debido al aumento del volumen de población de 65 y más años.

Otro de los desafíos que el sistema sanitario se plantea ante el imparable proceso de envejecimiento de la población, es el de la cobertura asistencial. En el caso de España, que pronto se convertirá en el país de la Unión Europea con mayor

proporción de ancianos, la red hospitalaria parece insuficiente para cubrir las necesidades sanitarias de un grupo de población en aumento.

De este modo, en el año 2000 el 13,5 por ciento de los hospitales estaban especializados en geriatría, de acuerdo con los datos facilitados por el INE; en cuanto a la oferta de camas, el 7,3 por ciento del total de camas en funcionamiento en los hospitales españoles estaban destinadas a la especialidad geriátrica. No obstante, el crecimiento de la proporción de personas de 65 y más años debe implicar un cambio cualitativo de la atención y cuidado médico, no tanto orientado a un enfoque curativo, lo cual provoca una excesiva dependencia medicofarmacéutica, como a primar la prevención. Pese a las ganancias en calidad de vida y salud de los mayores, no se puede obviar que el riesgo de padecer alguna discapacidad aumenta con la edad y que, la vejez conlleva ciertas limitaciones físicas que, no obstante, serían fácilmente solventables con una adecuada planificación geriátrica de provisión de servicios y el establecimiento de sistemas de atención a las personas mayores. Los cambios demográficos que se están produciendo en nuestras sociedades requieren una revisión de los planteamientos vigentes. Las reformas sociales, económicas y políticas que el proceso de envejecimiento exija, no se deben fundamentar en las implicaciones que el aumento del volumen de población mayor de 65 años tendrá en la sociedad, como son el incremento del gasto social en sanidad y de las pensiones de jubilación, entre otras.

El envejecimiento de la población y su relación con las minusvalías y las enfermedades crónicas, aumentan las necesidades asistenciales

Según un artículo aparecido el pasado 3 de enero de 2009, en el periódico de Cataluña: El presupuesto que la sanidad pública catalana dispondrá en el 2009 ha crecido casi un 50% menos de lo que lo hizo el del año anterior, aunque no ha dejado de aumentar la población a la que da cobertura . Y en noviembre del 2008, la titular de Salut, Marina Geli certificó su decisión de dejar de ser pasivos en un periodo en el que no está asegurado el porvenir de la red asistencial pública de Catalunya. "De no ser así --argumentó Geli--, perderíamos un legado extraordinario que se inició hace 23 años con la ley de sanidad". A los ciudadanos les pidió que utilizasen todas las alternativas posibles para evitar

recurrir a sus médicos si no era realmente necesario. Y habló de suplir la presencia del facultativo por las consultas telefónicas o vía internet. Geli dijo todo eso, pero rechazó asumir lo que estaba en el ambiente: fijar, unilateralmente desde Catalunya, algún sistema de cofinanciación para los servicios. Un copago disuasorio --un euro por visita-- del supuesto mal uso de las consultas médicas o el mismo suplemento por cada receta expedida, proponen los partidarios de tales medidas. El actual sistema de cofinanciación de medicamentos, por el que los trabajadores activos abonan el 40% del coste de los fármacos y los pensionistas los reciben gratuitamente, podría ser revisado, apuntó la *consellera*, de forma que quien no pagara nada fueran los desempleados. "Son propuestas para debatir en el ámbito estatal", dijo, en cualquier caso.(57)

Profesión

Es la dedicación habitual del individuo en base a la educación, existiendo diferentes ramas de los conocimientos, aplicándose en diferentes áreas, en el cual el hombre se empeña a indagar sobre las cosas adquiriendo conocimientos, virtudes, para desarrollar sus conocimientos para aplicarlo en la vida personal, laboral y social, para satisfacer sus necesidades económicas y contribuir con el desarrollo de la humanidad, cumpliendo con sus principios y metas".(67)

Las profesiones son ocupaciones que requieren de un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, organización propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas (Cleaves 1985) (27)

Actualmente **la profesión es definida como un grupo de individuos de una disciplina quienes se adhieren a patrones éticos establecidos por ellos mismos; que son aceptados por la sociedad como los poseedores de un conocimiento y habilidades especiales** obtenidos en un proceso de aprendizaje muy reconocido y derivado de la investigación, educación y entrenamiento de alto nivel, y están preparados para ejercer este conocimiento y habilidades en el interés hacia otros individuos (25) Según esta definición, los terapeutas que ejercen en el ámbito privado son reconocidos como profesionales de forma

subjetiva por el conjunto de individuos que usan sus servicios en la sociedad (y que recordemos no son pocos).

Las competencias

Definición que da la Comisión de Enfermería del CCECS: “un conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos y los procesos complejos para la toma de decisiones que permite que la actuación profesional esté en el nivel exigible en cada momento”(17)

Marriner en cambio, define las competencias como: “actuación cualificada que se conoce y se describe según su intención, funciones y significados” (18)

Es decir, que las competencias implican la capacidad de poner en práctica lo aprendido en la disciplina, siendo capaces las enfermeras competentes de dar soluciones y saber prevenir problemas.

El concepto de competencia y de todo lo que ello significa, conlleva a un estado de responsabilidad por parte de la enfermera hacia los pacientes (persona cuidada, familia...), el equipo de salud con el que trabaja (relaciones interprofesionales y interdisciplinarias), la comunidad y la sociedad a la que oferta sus labores, y por supuesto hacia ella misma, puesto que la propia definición comprende una dimensión interpersonal en la que también tienen su lugar los valores y las actitudes propias para alcanzar el nivel estimado.

Pero aún así, podemos observar como continuamente y año tras año, acceden a puestos de especialización enfermeras recién graduadas que aún no poseen esa “dedicación habitual del individuo” que reza la definición primera de profesión y que no han adquirido totalmente las competencias de puestos a los que acceden por necesidad de las instituciones y del sistema y, se les pide que actúen con total profesionalidad como si fueran ya expertas con experiencia. Por ello sucede lo que sabemos todos los profesionales del sector; Se dan múltiples incidentes y accidentes, algunos declarados, otros disimulados o silenciados, y aunque es evidente (por el sentido común) que no puede rendir igual un profesional experto que una persona recién formada y a pesar de que también se sabe que el trabajo que realizan las enfermeras está relacionado con la mejoría de la salud y con

personas en situación de indefensión y fragilidad (la mayoría de las veces) y por ello los errores pueden resultar de una gravedad extrema, aún así, se continua perpetuando esta situación repetitiva y absurda y no se contempla ninguna figura de tutorización para asegurar un aprendizaje seguro y afianzar como dice Marriner esa “actuación cualificada” real. En cambio cabe destacar que esto no sucede con el colectivo médico, el cual trabaja curiosamente con las mismas personas que enfermería. Me pregunto que detonante hará cambiar esta situación.

4 Definiciones de diccionario:

Enfermero, ra. M. Y f. Persona destinada para la asistencia a enfermos. (24)
Persona que tiene cuidado de los enfermos o de los heridos en los lugares donde éstos son normalmente atendidos (26)

Enfermería Ciencia que trata de los cuidados, curas, etc., que debe recibir el enfermo según prescripción del médico. (24) (26)

Médico: Persona que se halla legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina(24)(26)

Medicamento: Sustancia que se utiliza para producir un efecto curativo(24)

Sustancia utilizada con una finalidad terapéutica contra las manifestaciones patológicas (26)

Salud

La definición de la O.M.S. sobre la salud (1946, Nueva York) “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

Características: Definición en términos positivos Referencia a lo físico, mental y social. Objeciones: Definición utópica, Total subjetividad, Concepto estático, La salud como un fin.

Ya en el año 1991 el director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dr. Hiroshi Nakajima presentó ante la Asamblea Mundial de la Salud la

necesidad de construir un nuevo paradigma de salud que responda a las realidades políticas, económicas y sociales cambiantes.

El paradigma que rigió los destinos de la Organización desde su creación en 1948 y reafirmado en la Conferencia de Alma Ata de 1978, hace referencia a atender los problemas de salud de toda la población. Ello está claramente expresado en la **Constitución de la OMS que dice, “el lograr el mejor estado de salud que sea posible alcanzar constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, opiniones políticas o condición económica o social”.**

En 1992 la OMS presenta el Nuevo Paradigma de la Salud el que va a constituir el nuevo marco orientador sanitario para las políticas mundiales de salud. Dicho paradigma fue puesto en aplicación mediante un compromiso político mundial de los estados miembros de la Organización. Este cambio fue visto como indispensable desde un punto de vista socio-económico. Según los economistas, políticos e instituciones financieras la finalidad es, mitigar la pobreza, lo que significa destinar la mayor parte de los recursos para el desarrollo económico en lugar de destinarlos a salud. Los objetivos del nuevo paradigma son: Determinar y jerarquizar las medidas prioritarias para atender las necesidades básicas para el desarrollo y luego elegir y poner en práctica las que sean compatibles con los recursos a mano y que tengan probabilidades de éxito. (65)

Más definiciones de Salud

- El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio” (René Dubos)
- “Ausencia de enfermedades o invalideces” (Concepto clásico)
- “El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (Luís Salleras)

- Actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hacer recaer sobre el individuo” (Sigerist, 1941))
- “Forma gozosa de vivir autónoma, solidaria y alegre” (Gol, 1976)
- “Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Milton Terris, 1987)
- “La capacidad social para gozar de la vida, para tener placer de vivir, para tener calidad de vida” (Enrique Nájera, 1991)
- La salud, resultado del orden universal, no puede ser obra del convencionalismo de títulos ni de famas consagradas por Academias (30)
- ..."La salud se mide por el shock que una persona pueda recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud. "una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente"...Moshé Feldenkrais
- Salud: Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. (24)(26)

Tenemos que comenzar a ver la salud no como un estado, sino como un PROCESO, para verla en su significado de movimiento y cambio. El ser humano está constituido por billones de células, cada una con miles de millones de moléculas a miles de reacciones por segundo, formando un sistema que intercambia materia, energía e información con su medio ambiente, con memoria genética e historia social, cultural y antropológica. Así que no puede ser la visión estática de estado, sino la dinámica de un proceso alejado del equilibrio, complejo y aparentemente caótico con procesos adaptativos de auto-eco-organización. El proceso es también social ya que el ser no es sólo la individualidad aislada, sino un ente que forma, transforma y es transformado por el medio social; de ser una individualidad pasa a ser una singularidad en lo biológico y social con una normalidad y orden propios, que no tiene porque adaptarse a normatividades

masificadoras o estadísticas, así que hay que aceptar sus procesos de auto-eco-organización que lo hacen interdependiente con todo su medio. Todo esto nos permite, a todos los seres vivientes, hacer parte activa de la vida y comportarnos como emergencias de ella, así que la relación de la singularidad interdependiente se expande a todo el cosmos, siempre teniendo como referencias su medio económico, social, político e históricos. Es así como entendemos lo holístico.

Finalmente, ese proceso vital que es la salud surge como una resultante de los sucesos nombrados, y se expresa como la sensación de bienestar en la vida que al ser singular e interdependiente no permite que se la reduzca a normas o modelos prefijados. aproximación a una definición de salud: "Salud es un proceso dialéctico, biológico, social, singular e interdependiente, dado por las relaciones del ser vital con el cosmos, en un proceso de adaptación y aceptación en una sociedad con sus relaciones culturales, políticas, económicas, de producción, vitales e históricas propias, que finalmente aparece como una sensación de bienestar en la vida, no definido únicamente por normas o modelos prefijados, masivos o estadísticos".

La enfermedad, desde este punto de vista, no es lo contrario a la salud, sino que hace parte del devenir vital y se la considera como un proceso auto-eco-organizativo en un ser humano dado, al que no es que le dé una enfermedad, sino que él la hace como parte de su recorrido vital y teleológico. El abordaje, tanto de la salud como de la enfermedad debe modificarse teniendo en cuenta estos puntos generales:

Al aceptar que hay estados singulares de salud o de enfermedad se deben respetar los procesos de auto-eco-organización de las personas, esto es, permitirle el ejercicio de autodeterminación tanto en lo individual como en lo colectivo o social. La medicina, y el aparato sanitario actuarán como coo-reguladores solidarios y cooperativos en el ejercicio de esa autonomía. Surge así el principio de solidaridad que reemplaza al de imposición al que estamos acostumbrados.

El sistema sanitario se convierte en un actor principal en la promoción de la vida y en la prevención de la enfermedad pero con la participación activa de todos y

todas las ciudadanas. Esto incluye no sólo políticas de salud, sino también de Estado.

El sistema de salud, dentro de la concepción incluyente, tiene que tener en cuenta, respetar, reconocer e integrar concepciones y racionalidades que hasta ahora han sido marginadas. Aquí se incluye las políticas y concepciones de género, las sabidurías ancestrales, las concepciones alternativas y en fin, la multi etno culturalidad de la que habla la Constitución. Para permitir, reconocer y aceptar plenamente los procesos de autonomía social se hace indispensable tener mecanismos de verdadera participación comunitaria. Por eso, la salud pública tiene que ser responsabilidad del Estado, que no la puede delegar en entes privados. Vistas las cosas de esta manera la lucha por la salud es un escenario que nos convoca a todas y todos ya que no se trata únicamente de que las mujeres luchen por el acceso a un aparato de salud normativizador y excluyente, sino por políticas de Estado que permitan la emergencia de un modelo incluyente en el cual la reconciliación de los sexos y de los diferentes sea posible.(48)

Enfermedad: En Grecia nada se sabía de virus y bacterias, pero ya reconocían que la personalidad y sus características, desempeñan un rol fundamental en los orígenes de la enfermedad.

Galeno, una figura gigantesca del mundo antiguo ya observó la existencia de un vínculo muy estrecho entre la melancolía y el cáncer de mama. Ya en estos primeros enfoques médicos hay un criterio holístico en la consideración de la salud y la enfermedad.

Platón remarcaba que la buena educación es la que tendía con fuerza a mejorar la mente juntamente con el cuerpo. Reconocía, de alguna manera, que la salud corporal conduce a la higiene mental, pero, al mismo tiempo, que el buen estado mental predispone al buen estado corporal. Así, establecía, específicamente, que el alma "buena", por su propia excelencia, mejora al cuerpo en todo sentido.

En los tiempos actuales, desde el siglo XX, especialmente, pero también desde mucho antes -e incluso en la medicina oriental antigua-, se comienza a reconocer la necesidad de una concepción holística de la salud. En este sentido, tal vez la

lección que haya que aprender de modo definitivo y cabal es que "somos básicamente lo que pensamos".

La concepción psicósomática nos obliga a atender nuestra interioridad como causa posible de perturbaciones del cuerpo. Esto es reconocido unánimemente por la clínica occidental, que ve que en los consultorios un altísimo porcentaje de consultas responde a distorsiones de la mente o de la personalidad, en sentido amplio.

Este nuevo enfoque no es dualista a la manera cartesiana. Concibe al hombre como una unidad, en la que con mucha frecuencia anidan los poderes curativos, que estimulados, ayudan a resolver los problemas somáticos. La filosofía médica no materialista de este modo va incrementándose en el mundo en que otrora pudo predominar la medicina convencional. (66)

Para mí la enfermedad vendría definida como un conjunto de signos y síntomas que se producen fruto de un desequilibrio en el sistema y que afectan en menor o mayor grado el bienestar del individuo. Y me permito añadir que, como apunta el Dr. Patrick Veret, el equilibrio depende de la regulación de influjos energéticos que hoy día podemos poner de relieve mediante detectores eléctricos (119. pag 15). Para dicha regulación disponemos de diferentes técnicas, entre ellas la terapia neural o el tacto terapéutico.

Paradigma

Según Thomas Kuhn, el paradigma consiste en un esquema básico de interpretación de la realidad, que comprende supuestos teóricos generales, leyes y técnicas que son adoptadas por una comunidad de científicos. Para la elaboración de la ciencia son válidos los siguientes pasos:

1.- PRECIENCIA.- Se caracteriza por el desacuerdo total y el debate permanente en los aspectos fundamentales. Hay tantas teorías como científicos y tantos enfoques como teorías.

2.- PARADIGMA.- Surge cuando se producen acuerdos de fondo entre los científicos sobre los principios para hacer ciencia, de forma implícita o explícita. Se convierte, por lo tanto, en un modelo de acción y reflexión para hacer ciencia.

3.- CIENCIA NORMA.- En circunstancias normales, surge por la aplicación del paradigma vigente. Supone la existencia de un paradigma consensuado. Cuando se profundiza en éste, aparecen nuevos elementos científicos. La ciencia normal se apoya en una investigación firme, aplicada y consensuada de la comunidad de científicos.

4.- CRISIS.- Se produce cuando una anomalía o conjunto de anomalías es tan grave que llega a afectar los fundamentos de un paradigma. Es en la crisis cuando los paradigmas se profundizan o se deterioran, en la crisis, un paradigma compite con otro paradigma y uno de los dos pierde su status científico. Cuando el nuevo paradigma emergente es más poderoso que el anterior, supone una importante y larga etapa de transición científica.

5.- REVOLUCIÓN CIENTÍFICA.- Ante una situación de crisis generalizada surge un nuevo paradigma. Las luchas entre conservadores y renovadores de un nuevo paradigma determinan su viabilidad. Al final crean un nuevo paradigma, lo cual implica una ruptura cualitativa con el anterior. Esto es la revolución científica. Esta ruptura está determinada por factores científicos, sociológicos, psicológicos y educativos.

Después de la Revolución Científica, el nuevo paradigma guía la actividad científica en sus diversos campos.

NOTA.- Cada momento histórico y cada cultura han entendido la ciencia según el modelo de hombre buscado ya que el conocimiento científico es sustancialmente humano e impregna y da sentido a su historia.

Actualmente coexisten diferentes corrientes, pertenecientes a su vez a distintos paradigmas; como el de las empírico-analíticas o tradicionales, cuyas ramas resultan muy importantes a la hora de realizar investigaciones, como por ejemplo la epidemiología que, desarrolla un papel muy importante ya que nos suministra información y conocimientos en forma descriptiva y explicativa, y nos da una visión magna de la realidad social y sanitaria.

Pero también se está produciendo una crisis paradigmática del modelo tradicional, con ello me refiero a que resulta insuficiente la explicación de los fenómenos de la salud y la enfermedad. A la vez se dan una acumulación y un aumento de problemas de salud. Y en ocasiones aparecen efectos adversos e indeseables

graves cuyo origen estaba en la “seguridad” de base científica de la medicina basada en la evidencia.

Esto podría explicarse a través de la teoría de la complejidad con sus múltiples interrelaciones. Y ello vendría incluido en el nuevo paradigma no lineal y en la relevancia de la contextualización de los fenómenos.

Lo que aquí digo puede considerarse un choque con el paradigma instaurado vigente científico y lineal. Pero no es esa mi intención, la idea es que la nueva construcción de saberes resulte de los dos enfoques paradigmáticos actuales. Tanto el preestablecido (que como veremos más adelante también sufre de fallos) como el emergente

El nuevo paradigma nos habla de la multicausalidad del fenómeno. Y como indica Morin (56), “la causalidad lineal debe sustituirse por una causalidad en bucle multireferencial, es decir que “el conocimiento de la integración de las partes en un todo, sea completado con el reconocimiento de la integración del todo en el interior de las partes”

Sin duda aparecerán errores conceptuales porque en este “hacer” novedoso, al no estar totalmente definida la teoría y ser un campo amplio, multifactorial, abierto, interrelacional, ... será compleja la construcción de saberes extrapolables a otras realidades. Se trata de reconstruir y redactar las ideas sobre salud y enfermedad, reconstrucción ya iniciada por algunos facultativos de diferentes disciplinas en diferentes épocas (pensemos en las diferentes escuelas de pensamiento médico, enfermero, físico, etc.)

Y también se trata de desarrollar discursos metacríticos que permitan el contacto de los múltiples saberes que coexisten en la sociedad.

El proceso salud-enfermedad como determinación socio-histórica, consiste en un equilibrio físico y psicológico resultante de las condiciones alimentarias, vivienda, educación, ingresos, recreación, acceso al agua potable, eliminación adecuada de excrementos y basuras, condiciones climáticas, acceso a los servicios de salud y en bajo grado al determinante genético. Sumariamente, los estados sociales históricamente contruidos, inciden en los estados de salud de los ciudadanos y

son los que generan directa o indirectamente con su gestión, las condiciones favorables o desfavorables, para que las personas mantengan la salud o bien enfermen, asimismo inciden los servicios en la morbilidad y mortalidad.

Pero además de lo anterior, el comportamiento humano en lo individual y en lo colectivo, es una variable que define en un alto grado la presencia o ausencia de muchas de las enfermedades y/o causas de muerte; hay que decir que el comportamiento saludable evita la enfermedad y contrariamente el comportamiento inadecuado (patogénico), predispone y precipita la enfermedad e incluso lleva a la muerte.

Otra contradicción que se da en nuestra evolucionada sociedad occidental es la siguiente: Es innegable que la salud constituye un bien deseado por todos, pero la realidad visible en los hospitales, es que la gran mayoría de personas, que consultan y/o ingresan al hospital, están afectadas por enfermedades prevenibles. Estas se podrían evitar, mediante acciones autogeneradas; Entonces,... ¿Qué sucede? Se erige tarea difícil conseguir el equilibrio personal, quizás por ello se dan tantas conductas adictivas en todos los sectores sociales y en todas las edades (tabaco, alcohol, anfetaminas, cocaína, cannabis, café, somníferos, tranquilizantes, ludopatía, ...)

Esto significa, que no es suficiente la adquisición de conocimientos teóricos sobre salud, si en un momento dado, los individuos no elaboran una readaptación de lo más apropiado para su salud en sus situaciones particulares; esto es un meta-aprendizaje, para lo cual es imprescindible, enseñar a pensar, para que emerja una conciencia de transición crítica; que forme mentes con alto sentido de conciencia y tendentes a cambios, revisiones y a reinterpretaciones. Esto quizás lo favorezca una reforma en los sistemas educativos que, deberían fomentar una educación basada en la enseñanza para transformar acciones negativas en positivas, y que acrecente la autonomía y la asertividad. Otro aspecto favorecedor podría ser la publicación de resultados de investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas en esta línea y los refuerzos por los medios de comunicación.

Hay una indiscutible relación del individuo con su realidad concreta, única,

circunstancial y multidimensional en la cual aprehende su conocimiento. Pero en la vida cotidiana, las personas actuamos algunas veces en discordancia con los principios elementales para cuidarnos y aún teniendo buena información en asuntos de salud, se puede observar, que tenemos conductas nocivas para nosotros mismos. Ello también viene influenciado por la publicidad engañosa muchas veces que nos muestra la parte “feliz” de un determinado producto, por la costumbre ya adquirida de las conductas de placer-recompensa inmediato, y por las presiones económicas que hacen que se persistan y se generen comportamientos nocivos. Además se vive en un estado de emergencia permanente; de estrés, con mensajes contradictorios y esto lleva a comportamientos negativos (velocidad, tabaco, alcohol, exceso de alimentación y azúcar, ...) que conducen a la pérdida de la salud, y no debemos restringir la responsabilidad a la sociedad capitalista y competitiva, pues cada persona tiene una parcela de responsabilidad en la construcción de su salud (y deberá ser consciente de esta multicausalidad que vendrá generada por cada acción u omisión que realice).

El diario vivir, es el que determina nuestro estado de salud a corto y largo plazo y cada persona es poseedora de una percepción holística, de si misma y su entorno, de las amenazas para perder la salud y las fortalezas para mantenerla y potenciarla y, concomitantemente de un actuar racional.

Enfermería tiene muy claro que las personas deben acrecentar su autonomía, para finalmente aterrizar en nuevas conductas autoprotectoras y regeneradoras.

Las personas, necesitan ayudar a construir su salud, generando acciones vitalistas, ésto sólo es posible cuando los cuidados recomendados, tienen sentido para ellas y los integran en su pensamiento y en su quehacer. En otras palabras, los cambios comportamentales, son asumidos y conservados, cuando las personas creen que éstos son resultantes de su propia disposición y así las acciones emanan de su interior.

Por todo ello es básico el autoconocimiento en la persona y aumentar el nivel de conciencia, ya que si recordamos a Bohm, él nos habla de que materia y mente como aspectos interdependientes que provocan proyecciones de campo y por lo

tanto la armonía y coherencia de ambos nos harán conseguir un nivel más aceptable de salud personal. (pág.105 Versyp Teresa. La Dimensión Cuántica. 3ª. Edición septiembre 2007)

2) TERAPIA NEURAL

Historia

Las bases científicas de la Terapia Neural se inician con las investigaciones sobre el sistema nervioso vegetativo de los rusos Pavlov y AD Speransky, y más tarde con el trabajo de los hermanos alemanes Huneke. Tiene también se fundamenta en las investigaciones de Pichinger y Hans H. Reckeweg. Posteriormente le han ayudado en la divulgación Peter Dosch, Germán Duque Mejía, Julio César Payán de la Roche, Arturo O`Byrne y Jurgen Huneke, entre muchos otros.

1839. A. D. Speransky, médico investigador ruso, escribió Bases para una nueva Teoría de la Medicina. Estableció la participación del sistema nervioso en la génesis de diferentes procesos patológicos, así como su papel integrador. Insistió en la conexión existente entre la actividad nerviosa y los cambios en la materia. Demostró que todo proceso patológico y infeccioso puede ser producido o transformado por el mismo organismo.

1884. Iván Petrovich Pavlov (1884), fisiólogo ruso, demostró la actividad reguladora del sistema nervioso. Planteó la idea de la unificación de todos los procesos del organismo bajo la acción orientadora del sistema nervioso.

1892. Schleicher inicia la aplicación de anestésicos locales con finalidades terapéuticas.

1905. Einhorn descubre la Procaína.

1906. Spiess constata el efecto curativo de la Procaína al observar que los procesos inflamatorios y heridas se curaban más rápidamente y con menos complicaciones después de haber-los aplicado un anestésico local.

1925. Se inicia la Terapia Neural como método curativo. (Historia de la Terapia Neural. Ricardo Vejar) Esto sucede en Alemania cuando, de forma fortuita, intuitiva y casual, los hermanos Ferdinand y Walter Huneke, médicos generales de Dusseldorf, realizan dos descubrimientos: "el efecto curativo a distancia" y el "fenómeno en segundos". Ferdinand estaba tratando su hermana de una migraña crónica sin resultados positivos cuando un día, siguiendo las recomendaciones de

un colega, decidió inyectarle Atophanil. Por equivocación, le inyectó por vía endovenosa el preparado que contenía Procaína, en lugar de hacerlo por vía intramuscular, como estaba indicado. El atophanil se fabricaba en dos presentaciones: para inyección intravenosa y para uso intramuscular con un poco de Procaína para inyección indolora (debido a las propiedades anestésicas de la Procaína). Al día siguiente, la migraña había desaparecido completamente. Perplejo porque sabía que esta mejora no podía ser causada por la persistencia del efecto anestésico de la Procaína, y aún menos por un efecto de sugestión, dedujo que quizá estaba ante una nueva forma de curar. Desde este momento, y durante años, los hermanos Huneke iniciaron una serie de ensayos que los llevaron a la conclusión que el efecto observado en su hermana era debido al uso de la Procaína. En los ensayos también utilizaron el impletol (mezcla de Procaína y cafeína). Ensayando al principio con la terapia segmental (tratamiento de signos de enfermedad en el mismo lugar en que se originan), consiguieron durante este tiempo éxitos importantes en una gran variedad de enfermedades.

Observaron que, al tratarse las cefaleas de un paciente inyectando le Procaína paravenosa, obtenían el mismo éxito, lo que les hizo pensar en la existencia de interrelaciones vascular-venosas a través del sistema nervioso neurovegetativo. Un día estaban tratando una paciente con dolor en el hombro y el brazo derechos sin conseguir que mejorara, al inyectarle Procaína en una antigua cicatriz de la pierna izquierda, comprobaron que recuperaba la movilidad del brazo y desaparecían de forma súbita y permanente los dolores. Esto les permitió descubrir que existían estados irritativos neurales que denominaron "campos de interferencia energética", responsables de provocar por vía nerviosa enfermedades a distancia.

1925. Leriche inyecta novocaína en el ganglio estrellado y observa efectos similares a los de la cirugía del simpático.

1928. Los hermanos Huneke informan sobre lo que denominaron "efectos desconocidos a distancia de los anestésicos locales".

1958. El doctor E. Adler, padre de la Odontología Neurofocal, demostró las interferencias patológicas en el sistema neurovegetatiu ocasionadas por la dentadura y las amígdalas.

1960. P. Dosch, autor del libro-atlas de cabecera para la enseñanza de la Terapia

Neural, médico alemán y alumno de los Huneke, continúa la difusión y el desarrollo de la Terapia Neural.

1970. G. Duque, médico colombiano formado en Alemania, introductor de la Terapia Neural en Iberoamérica, aprendió con Peter Doshi Terapia Neural y la introdujo en Colombia. Fue promotor incansable de nuevos caminos para la medicina. Tradujo al español varios libros de Terapia Neural y comenzó la difusión de esta terapéutica a una gran cantidad de trabajadores de la salud de diferentes países.

¿Qué es la Terapia Neural?

La Terapia Neural o Neuralteràpia, también conocida como TN, es, según Huneke, una disciplina que actualmente es utilizada por odontólogos, médicos generales, especialistas, enfermeras y veterinarios. Esta terapia trata de descubrir, a través del diálogo, la observación y la palpación, los campos de interferencia o irritación que se encuentran en el organismo. La finalidad es facilitar los mecanismos de autocuración del cuerpo enfermo para que sea él mismo quien busque el propio orden individual. La Neuralteràpia permite regular y equilibrar el sistema nervioso vegetativo inyectando microdosis de anestésicos locales (preferentemente Procaína, aunque también se utilizan inyecciones con lidocaína, bivubacaína o soluciones salinas) en puntos dolorosos, cicatrices, bultos subcutáneos (gelosas), glándulas, ganglios y nervios periféricos con el fin de restablecer en el organismo del orden biológico alterado por la enfermedad y conseguir la mejora o curación. Su aplicación la convierte en una herramienta muy eficaz, económica y rápida. Debemos señalar que no es incompatible con otros métodos.

Energía y Terapia Neural: La Terapia Neural se enmarcaría en el modelo de Marta Rogers en cuanto a los conceptos de Patron de Energía y Campo energético (ver página 54). A nivel más biológico podemos utilizar la descripción que realiza el Dr. Álvarez Salazar (2006 DSALUD.COM): El sistema nervioso vegetativo precisa para realizar sus funciones de energía que le es suministrada por las células. La célula tiene un potencial de membrana de 40-60 milivoltios. Al recibir impulsos, ese potencial decae y la célula se despolariza. No obstante, en condiciones normales y gracias a la energía que ella misma produce -procedente

del metabolismo del oxígeno- se repolariza de inmediato. Contrariamente, estímulos irritativos demasiado fuertes o interrupciones energéticas mantienen la despolarización.

Pues bien, la procaína tiene un potencial de 290 milivoltios y al aplicarla su impulso energético repolariza la célula y estabiliza su potencial de membrana, mejora la permeabilidad capilar y normaliza las funciones vegetativas interferidas. Se han realizado avances para intentar delimitar-y establecer las líneas de funcionamiento, pero todavía queda mucho camino a recorrer para llegar a comprender plenamente la efectividad y por qué funciona bien en unos casos mientras que en otros no es eficaz.

Gracias a la participación de especialistas en biofísica, así como al esfuerzo de numerosos médicos, la Terapia Neural ha pasado de ser una técnica empírica a convertirse en una escuela médica fundamentada en modelos científicos, avalada por descubrimientos que se han realizado en los campos de la física cuántica, la biocibernética y la neurología, entre otras ramas de la ciencia. Hoy, gracias a su fundamentación científica y el desarrollo de instrumental y técnicas de microscopía electrónica, cibernética e informática, el panorama ha cambiado y tiene un merecido reconocimiento internacional como eficaz método curativo de muchas enfermedades sin que hayan de intervenir medicamentos . Los modelos mencionados permiten explicar de forma coherente y sin contradicciones el fenómeno curativo logrado con esta disciplina.

En nuestro país, la Terapia Neural es aplicada principalmente por médicos, dentistas y diplomados en enfermería. Es una práctica de amplia aplicación en el ámbito mundial; se ejerce en países de habla germánica, como Austria, Suiza y Alemania, y también en algunos de Latinoamérica: Argentina, Colombia, México, Cuba, Costa Rica, etc. En otros países europeos y en Estados Unidos, la Terapia Neural es una práctica más minoritaria. Se supone que en algunos países es desconocida o se ignora por falta de difusión.

Utilizar la Terapia Neural significa tratar el sistema nervioso vegetativo (SNV) que, recordemos, participa en todas las funciones del organismo. Desde esta óptica

podemos entender como, por ejemplo, a partir de una intervención quirúrgica o de una emoción brusca o una tensión mantenida en el tiempo, pueden aparecer "enfermedades" que aparentemente no están relacionadas con esta operación o emoción, como ahora alergias, migrañas, dolores diversos o estreñimiento.

La forma de actuar de la Terapia Neural fue objetivada y ratificada por el profesor Pischinger, que estableció que las funciones vitales del organismo se realizan a través del sistema nervioso vegetativo, que actúa influenciando la totalidad de las células del organismo y graduando la intensidad de sus reacciones bioquímicas (es un sistema que se encuentra presente en todo el organismo y que reacciona como una unidad debido a la interconexión de todas sus partes, sin exceptuar ninguna). El sistema capta todas las señales de información que le llegan y es a través de este sistema que tienen lugar las funciones vegetativas básicas de defensa, respuesta y curación.

El funcionamiento normal de la transmisión nerviosa depende fundamentalmente de la capacidad funcional de la bomba sodio - potasio del sistema que establece un estado de Despolarización y Repolarización permanentes. Cuando estímulos frecuentes o intensos alteran este mecanismo, se genera un estado de Despolarización permanente que ocasiona una falta de respuesta celular y produce campos de interferencia que irán debilitando todo el organismo y que, en un momento concreto, causarán cambios patológicos.

Se considera que hay dos vías de acción en Terapia Neural, claramente definidas:

- 1) La terapia segmentaria, en la que se colocan inyecciones de Procaína en lugares precisos y definidos del cuerpo con el fin de actuar sobre las zonas afectadas y desencadenar "el fenómeno en segundos". Actúa segmentariamente, debido a que todas las partes de un segmento reaccionan como una unidad y son el reflejo de lo que se produce en dicho segmento.
- 2) El estímulo aplicado a campos interferentes. Un campo interferente es cualquier área del cuerpo que es capaz de producir alteraciones a distancia. Esta vía consiste en la aplicación del estímulo sobre un tejido afectado crónicamente, el cual produce enfermedades o alteraciones a distancia (en otra zona alejada del

lugar tratado) a través de la vía neural.

Como ya he citado anteriormente, cada célula del cuerpo es equivalente a una pequeña batería, con un potencial que oscila entre 40-90 milivoltios. Cuando la célula recibe un estímulo, el potencial de membrana cae, se despolariza. Si el funcionamiento es el correcto, la célula tiene la capacidad de recuperarse, se repolariza. Pero si los estímulos irritantes son muy frecuentes o muy fuertes, la célula pierde la capacidad de responder a ellos, por lo que se encontrará en un estado de despolarización permanente, debilitada y enferma. A nivel de la membrana celular se altera el funcionamiento de la bomba de sodio - potasio, lo que condiciona la creación de descargas rítmicas en los campos interferentes.

Los anestésicos locales inyectados en microdosis en los campos interferentes poseen un potencial energético de 290 milivoltios y por ello tienen la capacidad de repolarizar y estabilizar el potencial de membrana de las células afectadas, permitiéndoles así estabilizar el sistema vegetativo. Estos campos interferentes pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo. Por eso cualquier zona es susceptible de recibir el estímulo neural. Entre estas zonas interferentes, podemos encontrar las cicatrices, gelosas, amígdalas, dientes, oídos, quemaduras, tórax, abdomen, piel, etc.

Lugar y forma de aplicación

La reconstrucción minuciosa de la historia que nos relata el paciente a través de un interrogatorio detallado es fundamental e imprescindible. Lo que la persona nos muestra, nos expresa, lo que siente, lo que le molesta, así como la exploración, son nuestra manera de dialogar con ella y su SNV. Tendremos en cuenta también el diagnóstico alopático y las pruebas complementarias que nos aporta la persona. Es importante saber cómo empezó el problema, cuáles fueron los primeros síntomas, donde aparecieron y, sobre todo, con qué lo relaciona la persona enferma.

Intentaremos reconstruir su evolución vital para descubrir posibles bloqueos e interferencias. A tal efecto, tendremos en cuenta todos los detalles posibles que

puedan afectar su situación actual: estado bucal, enfermedades en la infancia, caídas, accidentes, quemaduras, antecedentes quirúrgicos, infecciosos, ginecológicos, traumáticos, etc. Es interesante escribir lo que nos relata la persona afectada. Si dejamos constancia de su estado emocional, podremos observar después los cambios en este nivel, que son siempre muy importantes, casi un signo de garantía de mejora física o de curación. Los lugares en los que se aplica la Terapia Neural se establecen mediante el diálogo con el paciente.

El tratamiento para neutralizar las irritaciones se efectúa inyectando con agujas de dimensiones y calibres variables (todo depende del lugar de aplicación), en los puntos del sistema nervioso que consideramos que están más irritados (y que podrían ser factores determinantes en la persistencia de los síntomas), un anestésico local muy diluido de alto potencial eléctrico y con efecto repolarizante (generalmente el Clorhidrato de Procaína al 1%, 0,5% o 0,35%) que estabiliza los potenciales de membrana celular y de todo el sistema nervioso vegetativo.

La Odontología Neurofocal merece una explicación particular. Considerada hija de la Terapia Neural, se entiende como un proceso por medio del cual se contempla todo lo que es oral no como un factor aislado, sino como una parte de la totalidad del ser. En la cavidad oral también hay focos o campos de interferencia, los cuales pueden comportarse como el punto de partida o factor desencadenante de una enfermedad. Recordemos que Hipócrates ya aseguró que "... un reumatismo sin esperanza de curación puede ser eliminado con la extracción dental ". La correlación dental con el resto del organismo siempre ha existido, aunque la medicina actual siga sin tenerla en cuenta.

La Procaína se utiliza en solución estéril diluida en los porcentajes que hemos mencionado antes, por medio de punción dérmica, pápula subcutánea, infiltración local, periarticular o ganglionar, con inyección subcutánea, intramuscular, endovenosa o intraarterial. La mejora conseguida con la Terapia Neural puede ser inmediata o puede aumentar progresivamente con la repetición de la terapia. A veces se consigue una ausencia total de síntomas.

La legislación vigente limita la práctica de la Terapia Neural a médicos y diplomados en enfermería.

Por ser una terapia integral y reguladora, abarca todo el organismo, por lo tanto, las indicaciones con respuesta curativa positiva comprenden numerosas enfermedades

Las mejoras conseguidas con este procedimiento suelen incrementarse con las repeticiones hasta que se consigue la ausencia total de los síntomas en muchas ocasiones. Por ello se puede afirmar que su efectividad es cada vez más duradera y que mejora la sintomatología y calidad de vida del paciente.

3) PENSAMIENTO ENFERMERO

Una profesión como enfermería, sirve para crecer a nivel personal y social y no únicamente a nivel laboral. Así pues, como dijo H. Peplau se establece una relación interpersonal con el paciente, de modo que ambos se desarrollan y crecen. Ya referente a la última parte de la definición, la profesión de Enfermería tiene una compensación económica, el sueldo, que sirve para cubrir nuestras necesidades económicas

La teoría era necesaria para dar paso a una buena práctica y que esta sin duda alguna formaba parte del aprendizaje y por lo tanto no acaban los estudios y el aprendizaje de enfermería hasta que la experiencia no hacia mella en el interior de la persona enfermera.

Nunca estaba totalmente finalizado el estudio de esta disciplina debido a que en cada nueva práctica nos podíamos ver sumergidos en nuevas situaciones de las cuales no tuviéramos una experiencia previa.

Es decir, se desarrolla una relación entre ambos conceptos que da lugar a un avance en el aprendizaje de Enfermería:

“el progreso de la Enfermería sólo es posible con el crecimiento armónico entre conocimientos e intervenciones, entre teoría y práctica” (21)

La teoría y la práctica las considero ante todo complementarias y necesarias la una de la otra, pero en cuanto al “orden” en que aparecen o en que las asumimos podría desarrollar diferentes pensamientos y no acertaría a decir cual es el correcto. (27)

Si bien podría ser que inicialmente se investigara y valorara de cerca a los pacientes y sus reacciones ante diferentes formas de ser cuidados y así nacieran las teorías que mandan el cómo se ha de hacer, también podría ser que se hubieran establecido una serie de “normas”, “reglas” llamadas teorías que marcaran el modo en que se deben ofrecer los cuidados, y a partir de ahí se aplicasen a las personas necesitadas naciendo así las prácticas. La verdad es que ambos pensamientos responderían al “por qué la teoría, los métodos y maneras de hacer las cosas han variado con el tiempo a lo largo de los años” Tanto podría ser que evaluando primero al paciente y escribiendo después la teoría del conocimiento fuera esta variando con el tiempo debido a que las reacciones que observamos en la persona cuidada cambian, o por el contrario podría ser también que después de escribir teorías de cómo deben hacerse los cuidados, al aplicarlo al paciente el resultado no fuera el esperado y por lo tanto se deban cambiar las teorías. (22) A través de este tipo de observaciones podríamos “crear” un conocimiento específico de neuralterapia en enfermería. Porque recordemos que son precisamente “los resultados de las investigaciones los que se plasman en las teorías enfermeras, modelos de cuidados, que ofrecen las explicaciones teóricas de las situaciones enfermeras y el método con el que deben ser aplicados en la práctica, y con los resultados de la aplicación se validan los conocimientos expresados en las construcciones teóricas” (23)

Como ya hemos visto, las teorías enfermeras nacen en base a las observaciones realizadas en los usuarios, y son aplicadas a las personas que cuidamos, a través de los métodos y modelos de enfermería, y la misma aplicación de estos modelos son lo que llamamos las prácticas enfermeras, que si no dan el resultado que esperábamos es cuando las teorías cambian, y nacen otras nuevas. Mi pregunta con la aplicación de la neuralterapia es: ¿sería lícito, una vez aplicada, estudiada y analizada, relacionar y enlazar con teorías y/o pensamientos enfermeros en

base a las observaciones de este colectivo, cuando esta terapia se practica indistintamente por enfermeras, fisioterapeutas, médicos, odontólogos...etc.?

Además una de las características básicas del buen funcionamiento de la Terapia Neural es la idiosincrasia del terapeuta y esto es difícil de conceptualizar teóricamente, ya que va más allá de un conjunto de rasgos de personalidad. Aunque soy consciente de la necesidad de unificar criterios y protocolizar actuaciones para defender e instaurar intervenciones como la de la terapia neural así que imagino que ya andan establecidos unos mínimos dentro del colectivo pero debo insistir en la riqueza de la individualidad única e irrepetible de la situación, paciente y terapeuta... algo difícilmente medible.

Patricia Benner da una idea nueva acerca de la relación que existe entre la teoría y la práctica:

“no siempre podemos explicar en pura teoría muchas de las actividades comunes que ejercitamos en la práctica, como nadar o montar en bicicleta. Por expresarlo de otra manera: determinados saberes prácticos escapan a toda formulación científica de carácter teórico, y el individuo puede adquirir habilidades y conocimientos prácticos que cuestionan o amplían los postulados teóricos vigentes, al margen de toda formulación científica.”(18) y siento que, lo mismo sucede en cuanto a la aplicación de la terapia neural

Aunque con la primera lectura al párrafo anterior sorprenda el hecho de que la teoría no pueda explicar toda la práctica, se pueden deducir que son los pequeños matices que ponemos cada uno de nosotros la “gran diferencia” y que no se pueden escribir en grandes teorías y generalizarlos puesto que cada enfermera le pondrá su personalidad y su carácter a cada acción a la hora de cuidar a sus pacientes.

La teoría está escrita pero sólo se aprende con la práctica y se crece con el progreso y profundizando en la práctica de los cuidados de enfermería, de nuevo con P. Benner se corrobora, este pensamiento:

“el progreso del saber consiste en ampliar los conocimientos prácticos, mediante investigaciones científicas basadas en postulados teóricos.”

Disciplinas enfermeras y bases filosóficas

Existen otras formas de clasificar a las distintas teóricas enfermeras que han existido a lo largo de la historia. Además de la clasificación (vista anteriormente) que proponen Marriner T. y Raile A. las diferentes concepciones de la disciplina enfermera han sido agrupadas por Kérovac et cols., según sus bases filosóficas y científicas, en seis escuelas:

1. **Escuela de las necesidades:** Según esta escuela el cuidado se centra en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson) o en su capacidad de llevar a cabo los autocuidados (Orem). Sobre esta escuela han influido la jerarquía de necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson. Otras teóricas son Abdellah, Paterson et Zderad.
2. **Escuela de la interacción:** Las teóricas de esta escuela se inspiraron en teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Cuidado=proceso interactivo y acción humanitaria, no mecánica. La enfermera debe clarificar sus propios valores y utilizar su propia persona de manera terapéutica. Se usa la intuición y la subjetividad en los cuidados. Entre las teóricas de esta escuela: Peplau, Orlando, Travelbee, Wiedenbach, King.
3. **Escuela de los efectos deseados:** Estas teóricas han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros cuyos objetivos son: restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o preservar la energía. Inspiradas en teorías de adaptación y desarrollo así como en la teoría general de sistemas. Teóricas: Johnson, Hall, Levine, Roy, Neuman.
4. **Escuela de la promoción de la salud:** El objetivo de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud. Un ejemplo de esta escuela es el modelo de Allen y las fuentes explícitas subyacentes son de cuidados de salud primarios y de la teoría del aprendizaje social de Bandura.

5. **Escuela del ser humano unitario:** Se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo, dentro del paradigma de la transformación. Como ejemplo tenemos el modelo de Martha Rogers basada en teorías de la física y en la teoría general de sistemas. Otras teóricas añaden fuentes del existencialismo y de la fenomenología como Newman y Parse. Gracias a esta escuela el concepto de holismo ha alcanzado todo su significado.
6. **Escuela del caring:** Las teóricas de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura y se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Los conceptos centrales son caring y cultura. Esta escuela se sitúa en la orientación de apertura hacia el mundo y en el paradigma de la transformación. Como ejemplo de teóricas destacan Leininger y Watson.

4) TERAPIAS NATURALES Y ENFERMERÍA

Razones para incorporar las terapias en enfermería:

Desde la enfermería, siempre se ha considerado al Individuo como un “todo” al que hay que administrar cuidados de una forma integral, abogando también por el trabajo en equipo para que, de una forma interdisciplinar, podamos ofrecer mejor calidad en la asistencia (Ángel Torres Benedicto, Presidente del comité Organizador del V Congreso de Enfermería en Terapias Naturales y Complementarias).

La salud forma parte de un concepto amplio, y la utilización de estas terapias como complemento a nuestro sistema actual, puede ser muy útil en problemas emergentes en nuestra sociedad actual, así como los estilos de vida que están condicionando enormemente la aparición de enfermedades y “malestares” fundamentalmente con el estrés y la capacidad de adaptación.

Las Terapias Alternativas/Complementarias, son una herramienta indispensable para la prevención, promoción e incluso la ayuda del tratamiento de muchas patologías.

Debido a esta necesidad de formarse e informarse, tanto los Colegios de Enfermería como muchas de las Universidades españolas, están proponiendo grupos de trabajo y cursos de formación adaptados para cada necesidad, pero que conllevan un objetivo común: la intención de incrementar la consciencia individual sobre este tipo de terapias y la de ofrecer más conocimientos para practicar nuestros cuidados.(10)

Aumentan los profesionales enfermeros que recurren a terapias alternativas para aliviar a sus pacientes, además de ser motivo de una mayor demanda por parte de los usuarios, y del deseo de estos profesionales de dar un trato más integral y estrecho. Al mismo tiempo que se consiguen beneficios para los afectados, los profesionales aumentan su satisfacción profesional y personal (10)

Es frecuente que los pacientes nos pregunten sobre plantas medicinales, si sabemos el resultado de alguna terapia o cómo funciona algún producto de homeopatía. La población considera que los profesionales sanitarios (y principalmente los enfermeros) estamos capacitados para asesorarles sobre ellas o para que las practiquemos. Las demandas enfrentan a la enfermería a un nuevo reto: la aplicación de nuestros conocimientos en estos temas.

Cada vez son más los centros destinados al quiromasaje, acupuntura, técnicas de relajación, osteopatía, homeopatía,... y muchos profesionales sanitarios (enfermeros, médicos, psicólogos, podólogos y fisioterapeutas) han encontrado en estas terapias un punto de apoyo para su trabajo diario.

Actualmente, el 10% de los enfermeros españoles (más de 15.000), o lo que es lo mismo uno de cada 10, emplea en su práctica profesional terapias naturales y complementarias en el cuidado que presta a la población. Por ejemplo, la combinación de técnicas de Terapias Físicas (como el quiromasaje o el Drenaje Linfático) junto con el tratamiento alopático tradicional, consigue efectos muy positivos para pacientes con alteración en el retorno venoso y en la integridad osteo-articular y muscular.

Aportaciones de enfermería a las Terapias Naturales:

Unos conceptos a tener en cuenta en las teorías y modelos enfermeros son: Persona, Entorno, Salud, Enfermería. En este trabajo he recogido las concepciones que he considerado acordes con el pensamiento inherente a las terapias naturales.

A continuación aparecerán en negrita y cursiva aquellas actuaciones o creencias, que armonizan, que son afines a la práctica y al pensamiento de la Neuralterapia, vistas desde mi experiencia personal.

Levine, Myra Estrin

Teórica de enfermería que desarrolló un marco para la práctica de la enfermería con la formulación de cuatro principios de conservación: energía, integridad estructural, integridad personal e integridad social. La primera edición de su libro, que utiliza los principios de conservación, "Introduction to Clinical Nursing", fue publicada en 1969. El énfasis de Levine sobre la persona enferma en un centro de asistencia sanitaria refleja la historia de la asistencia sanitaria en los años 1960. El modelo de Levine subraya las intervenciones e interacciones de enfermería basadas en el fundamento científico de esos principios. ***Levine considera a las personas en una forma holística, con su propio ambiente, tanto interno como externo.*** Ella identifica cuatro niveles de integración que contribuyen a mantener la integridad o completitud de una persona: la lucha o la huida, la respuesta inflamatoria, la respuesta al estrés y la respuesta perceptiva. ***La estabilidad individual está organizada por la disponibilidad de respuestas y procesos de adaptación de la persona en particular.*** La misión de la enfermera es aportar un cuerpo de principios científicos en los cuales ***las decisiones dependen de la situación que comparte con el paciente.***(44) Pertenece al mismo grupo en el que se incluyen los modelos de ***Hildegarde Peplau, Callista Roy y Martha Rogers.*** ***Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de Enfermería, el concepto de relación,*** bien sean las relaciones interpersonales (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente. Y esta constituye una de las bases de la Terapia Neural.

Florence Nightingale

(1.820-1.910): Puso de manifiesto afirmaciones que hoy en día continúan vigentes: como por ejemplo la influencia que ejerce el entorno en la salud de la persona, refiriéndose al “aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada **permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla.**” (14)

Para ella la preocupación de la enfermera que está al lado de personas enfermas o sanas consiste en **proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud.** (14)

“Teoría del entorno”

Persona: ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera

Entorno: condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida

Salud: bienestar mantenido. Enfermedad: proceso de reparación instaurado por la naturaleza

Enfermería: la que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad, **facilita la reparación.**

La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la **intención de mantener y recuperar la salud**, la prevención de las infecciones y heridas , la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias. **Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades. Nightingale considera a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y responsabilidad para cambiar la situación existente.** (14)

La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos” (14)

El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal(14)

“Sólo la naturaleza cura y lo que debe hacer la enfermera es poner a la persona en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe” (28)

Madeleine Leininger

Nació en Sutton, Nebraska, inició su carrera profesional después de diplomarse en la Escuela de Enfermería de St Anthony, en Denver. Es la fundadora de la Enfermería Transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en enfermería, obtuvo un Doctorado en Antropología Cultural y Social.

Afirma que la enfermería transcultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica, debido al mundo multicultural en que vivimos. Predijo también que, para que enfermería tenga importancia y significado frente a los pacientes y otros profesionales de este campo en todo el mundo, es imperativo disponer de conocimientos y competencias en enfermería transcultural, capaces de orientar las acciones y las decisiones para obtener resultados positivos y eficaces.

Rechaza la tendencia del personal sanitario a imponer sus creencias y valores a las personas de otras culturas. Destaca la importancia de las curas culturales, ***“ajustarnos a la salud y el estilo de cada persona reestructurando las curas”***.

Leininger desarrolló su teoría de la ***diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista émicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.***

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales. La teoría de los cuidados culturales puede ser inductiva y deductiva, al derivarse de conocimientos émicos (interno) y ético (exterior). La teoría propuesta debe verse en términos holísticos o dentro de dominios específicos de interés. ***La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal.***

Leininger afirma que con el tiempo esta área se convertirá en un nuevo dominio del ejercicio de la enfermería, que se reflejará en un ejercicio profesional diferente, definido y fundamentado en principios culturales y diseñado específicamente para orientar los cuidados de la enfermería a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones, sostiene que como la cultura y la asistencia son los medios más generales y holísticos que permite conceptualizar y comprender a las personas.

Afirma que la enfermería transcultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica, debido al mundo multicultural en que vivimos. Predijo también que, para que enfermería tenga importancia y significado frente a los pacientes y otros profesionales de este campo en todo el mundo, ***es imperativo disponer de conocimientos y competencias en enfermería transcultural, capaces de orientar las acciones y las decisiones para obtener resultados positivos y eficaces.***

Leininger ha sostenido que la asistencia es la esencia de la enfermería y el rasgo predominante, distintivo y unificador de esta disciplina. Dicha asistencia es un dominio complejo, engañoso y, a menudo, integrado de una estructura social y en otros aspectos de culturas. **Leininger plantea que existen diferentes formas de expresiones y modelos de asistencia, tan diversos entre sí como, hasta cierto punto universales.**

Leininger defiende la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la etnoenfermería , **para estudiar los cuidados**. La etnociencia es uno de los métodos etnológicos rigurosos utilizados en la antropología para obtener conocimiento sobre enfermería. En la década de 1.960 Leininger desarrollo métodos de etnoenfermería concebidos para estudiar de forma específica y sistemática los fenómenos de enfermería transcultural .

Con la teoría de los cuidados transculturales y el método de etnoenfermería basado en creencias émicas (visión interna), es posible acceder al descubrimiento de cuidados fundados y basados en las personas, ya que se emplean principalmente **datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas éticas (visiones externas) del investigador.**

Uno de los objetivos importante de esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado modelo sol naciente, **su finalidad consiste en descubrir los puntos de vistas émicos, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales.**

La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes.

Leiniger sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas, en un conocimiento y una

práctica asistencial basada en la cultura. La razón principal del estudio de la teoría de los cuidados es que ante todo, **la idea de la asistencia parece un factor crítico para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos**. La segunda razón, es el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para **suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural**, tercero **el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo**. Cuarto, la profesión de **enfermería ha de estudiar la asistencia sistemática desde una perspectivas cultural amplia y holística, para descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, como parte del conocimiento de la enfermería**.

Leininger a concluido que el concepto de asistencia se corresponde con un fenómeno muy engañoso que con frecuencia se integra en los estilos de vida y los valores culturales. El objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, **la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia**, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad.

Afirma Leininger que **existe aún un conjunto de elementos como la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notablemente negativa en la calidad que prestan los profesionales de enfermería** a sus pacientes de otras culturas. Por otra parte los diagnósticos médicos y de enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves. Leininger ha definido numerosos términos dentro de su teoría, se hará mención de los más importantes:

Cuidados (sustantivo): se refiere a los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cuidar (verbo): Se refiere a las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o de afrontar la muerte.

Cultura: es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

Cuidados culturales: son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Diversidad de los cuidados culturales: alude a la variación y / o diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales: es un término referido a los significados, modelos, valores o estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan facilitan o permiten medios para ayudar a las personas.

Enfermería: es una profesión y una disciplina humanística y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los

seres humanos, con la finalidad de apoyar, facilitar o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su bienestar (o su salud), de manera beneficiosa y dotada de sentido culturalmente, o para auxiliarse a la hora de afrontar la discapacidad o la muerte.

Contexto ambiental: es la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinados entornos físicos, ecológico, sociopolíticos y / o culturales

Leininger describe dos fases de generación de conocimientos de investigación: fase 1 descubrimiento de conocimientos sustanciales; fase 2 aplicación a situaciones prácticas. Desarrolló un programa informático basado en su teoría denominado Leininger-Templin-Thompson Ethnoscrypt Qualitative Software Program. Además diseñó varios procedimientos para estudiar los fenómenos en cuatro fases de análisis de datos cualitativos y, lo más importantes, sobre la base de criterios cualitativos como son: credibilidad, posibilidad de confirmación, significado en su contexto, saturaciones, rediseño de patrones, capacidad de transferencia (38)

Leininger ha definido numerosos términos dentro de su teoría, se hará mención de los más importantes:

Etnohistoria: se refiere a los hechos, sucesos, circunstancias y experiencias del pasado de los individuos, grupos, culturas e instituciones que se centran principalmente en la persona (etno) y describen, explican e interpretan los modos de vida humanos, en contextos culturales concretos y durante períodos de tiempo largos o breves.

Sistema asistencial genérico (popular o local): se aplica a los conocimientos y técnicas nativos (o tradicionales) y populares (domésticos), que transmite y utilizan para brindar cuidados, apoyo, capacitación o facilitación a otras personas, grupos o institución con necesidades reales o previstas, con el fin de mejorar o potenciar su modo de vida humano o su estado de salud (o bienestar) o afrontar situaciones de discapacidad o de muerte.

Sistema (s) asistencial (es) profesional (es): es el conjunto de conocimiento y prácticas de asistencia, salud, enfermedad, bienestar y otros conceptos relacionados, que predominan en las instituciones profesionales que cuentan normalmente con personal multidisciplinario para la asistencia de sus usuarios.

Salud: indica un estado de bienestar que se define, valora y práctica culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos (o grupos) para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente.

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales: se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayuda a las personas de una cierta cultura a mantener y / o preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades y / o la muerte.

Adecuación o negociación de los cuidados culturales: comprende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes prestan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorio.

Rediseño o reestructuración de los cuidados culturales: Abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar de forma importante su modo de vida para adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechoso que el anterior al coestablecimiento de los cambios.

Cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente: son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de

bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios. Los principales supuestos de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Leininger son:

1. Los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.
2. Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar las discapacidades o la muerte.
3. Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar a la práctica de esta disciplina.
4. La enfermería es una disciplina y una profesión humanística y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo.
5. Los cuidados son esenciales para la curación, que no puede producirse sin ellos.
6. Los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas estructurales tienen algo de diferente (diversidad) y algo de semejante (comunes, universales) en todas las culturas del mundo.
7. Toda cultura humana (local, popular o indígena) cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional, que varía con respecto a las otras culturas.
8. Los valores, las creencias, y prácticas culturales están influidos y, con frecuencia, integrados en la visión del mundo, el lenguaje y el contexto religioso (espiritual), de parentesco (social), político (o legal), educativo, económico, tecnológico, etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular.
9. Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables y que cubren las necesidades culturales contribuyen al bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades de una cultura.
10. Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural sólo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales

son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería.

11. En todas las culturas del mundo existen diferencias y semejanzas culturales entre el profesional que presta la asistencia y el receptor de la misma o usuario (genérico).

12. Los usuarios que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción tensión y preocupaciones éticas o morales.

Como hemos visto Leininger se basa en el análisis transcultural. Por ello la investigación ha ido en esta dirección; Hasta 1.995 se habían analizado 100 culturas y habían muchas otras en fase de estudios. Actualmente muchos profesionales de enfermería en todo el mundo están utilizando la teoría de los cuidados culturales de Leininger. (31)

Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Leininger. Madeleine Leininger, fundadora de la disciplina enfermería transcultural

La enfermería transcultural surgió de su educación y experiencia clínica a principios de la década de 1960, y que definió como el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte. En 1966, ofreció el primer curso de enfermería transcultural en la Universidad de Colorado. Ha supuesto una importante influencia en el desarrollo de cursos análogos en otras escuelas. (32)

Eunice Inghan

(1889-1974): Enfermera norteamericana que basándose en las enseñanzas del Dr. Fitzgerald y gracias a su magnífica intuición desarrolló el conocimiento de las zonas reflejas en los pies y realizó el primer mapa de las zonas reflejas de los pies (Reflexoterapia) (33). En 1938 editó su obra titulada "Historias que los pies pueden contar" y luego, una segunda publicación con el título "Historias que los pies han contado". (34)

Doreen Bayly

De nacionalidad inglesa, viajó a EEUU. para estudiar con Eunice Ingham y de regreso a Inglaterra, escribió el libro: "Reflexoterapia". (34)
Otros discípulos de Eunice han difundido el conocimiento de la reflexología por todo el hemisferio occidental.

Hanne Marquardt

Discípula de Eunice, de Alemania, quién fundó un Instituto en su país, donde anualmente se gradúan unos 2.000 reflexólogos. Imparte docencia sólo a profesionales de la medicina. Es muy conocido su libro: "Terapia de las zonas reflejas de los pies".(34)

Hedi Masafret

Enfermera suiza, practica este arte en su país y escribió un libro titulado "Mañana la Salud". (34)

Marta Rogers

(Dallas, 1914). Describe a la persona y el entorno como ***“campos de energía que interactúan e intercambian entre sí”***. ***Cada persona está caracterizada por su “propio patrón de energía” y la salud es un proceso de intercambios energéticos que trascenden la dimensión corporal y comprenden a la persona en su globalidad). Todo lo que ocurre en uno de estos campos repercute en los otros. (28). Las Bases teóricas que influyeron en su modelo fueron : Teoría de los Sistemas. Y la Teoría física: Electrodinamismo.***

La Función de la Enfermería la define como ciencia humanitaria y arte. Sus actividades irán encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la Salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación de enfermos e incapacitados. Para ello se intervendrá sobre la totalidad del hombre, grupo y entorno.

El Objetivo del modelo: procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así, las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la consciencia e integridad de los seres humanos, y ***dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de Salud.***

Considera al hombre como un todo unificado que posee integridad propia y que manifiesta características que son más que la suma de sus partes y distintas de ellas al estar integrado en un entorno. " El hombre unitario y unidireccional" de Rogers. Por ello describe a la persona como: "campos de energía que interactúan e intercambian entre si" y que cada persona tiene su "propio patrón de energía"(33) el hombre, en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y de hacer elecciones que le permitan desarrollar su potencial. (35)

Respecto a la ***Salud***, la define como un valor establecido por la cultura de la persona, y por tanto sería un ***estado de «armonía» o bienestar***. A la vez afirma que ***la salud está basada en "intercambios energéticos"*** (33) Así, ***el estado de Salud puede no ser ideal, pero constituir el máximo estado posible para una persona, por lo tanto el potencial de máxima Salud es variable. Se basa en su concepción del hombre. Su modelo teórico se apoyaba en el conjunto de suposiciones que describen el proceso vital del hombre, el cual se caracteriza por :***

- ***Ser unitario.***
- ***Ser abierto.***
- ***Ser unidireccional.***
- ***Sus patrones y organización***
- ***Los sentimientos.***
- ***El pensamiento.***

Además postuló, en 1983, cuatro bloques sobre los que desarrolló su teoría :

a) Campo energético: se caracteriza por ser infinito, unificador, e irreductible, y es la unidad fundamental tanto para la materia viva, como para la inerte.

b) Universo de sistemas abiertos: dice que los campos energéticos son abiertos e innumerables, y a la vez se integran unos en otros.

c) Patrones: son los encargados de identificar los campos de energía, son las características distintivas de cada campo.

d) Tetradimensionalidad: es un dominio no lineal y sin atributos temporales o espaciales, se aboga porque toda realidad es así.

El objetivo de la enfermera es ayudar a los individuos para que puedan alcanzar su máximo potencial de salud. Para ello, la enfermera debe tratar de fomentar la interacción armónica entre el hombre y su entorno.

Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería mas indicados para alcanzarlos. Para M. Rogers, la atención de enfermería debe presentarse allá donde existan individuos que presenten problemas reales o potenciales de falta de armonía o irregularidad en su relación con el entorno.

En líneas generales, se admite que **el modelo de enfermería de M. Rogers es eminentemente filosófico e impulsa a las enfermeras a extender su interés hacia todo lo que pueda afectar al paciente como ser humano.** (Lo mismo que sucede con la historia clínica para terapia neural)

El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, (igual que las intervenciones de terapia neural) y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica Tiene unas ideas muy avanzadas, y dice que la enfermería requiere una nueva perspectiva del mundo y sistema del pensamiento nuevo enfocado a lo que de verdad le preocupa a la enfermería (el fenómeno enfermería). (35)

Callista Roy “Modelo de interacción”

Roy nació en los Ángeles en 1939, y se graduó en 1963. Desarrolló la teoría de la adaptación ya que en su experiencia en pediatría quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños. Las bases teóricas que utilizó fueron: **Teoría de los Sistemas** y Teoría Evolucionista

Concepto de Hombre : *Considera al hombre un ser bio-psico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante El hombre es un complejo sistema biológico* que trata de adaptarse a los cuatro aspectos de la vida: La fisiología □ La autoimagen □ La del dominio del rol □ La de interdependencia

El hombre, según C. Roy, debe adaptarse a cuatro áreas, que son:

- Las necesidades fisiológicas básicas : Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- La autoimagen : El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- El dominio de un rol o papel : Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado,... Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- Interdependencia : La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Concepto de Salud : La considera como un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social .

Concepto de la Enfermería : La define como un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo.

C. Roy establece que **las enfermeras, para cumplir su objetivo de promover la adaptación del individuo en las cuatro áreas enunciadas anteriormente, deben realizar dos tipos de acciones:**

- **La valoración, cuyo fin es definir la situación del paciente en la salud-enfermedad.**
- **La intervención directa sobre el paciente, ayudándole a responder adecuadamente.**

Estas acciones se realizan dentro de un proceso de cuidados que comprende las fases de:

- **Valoración.**
- **Planificación**
- **Actuación**
- **Evaluación.**

Callista hace una diferenciación entre enfermería como ciencia y enfermería práctica, significando que la segunda se enfoca con **el propósito de ofrecer a los individuos un servicio que fomente positivamente su salud. Objetivo del modelo : Que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución.**

Roy comentó sus supuestos principales en Alberta (1984), en una conferencia Internacional, y son:

- a) Un sistema es un conjunto de elementos relacionados de tal modo que forman un todo o la unidad.**
- b) Un sistema es un todo que funciona como tal en virtud de la interdependencia de sus partes,**
- c) Los sistemas tienen entradas y salidas, también tienen procesos de control y feed-back.**
- d) La entrada o imput, en su forma de criterio suele relacionarse con la noción de información.**
- e) Los sistemas vivos son más complejos que los mecánicos, y tienen unos**

elementos de feed-back que organizan su funcionamiento general. (42)

En resumen podemos decir que el modelo de Roy se centra en la adaptación del hombre, y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno están relacionados en un todo global.

Persona: Receptor de los cuidados enfermeros. Rol activo en los cuidados. Ser biopsicosocial que interactúa constantemente con el entorno cambiante.

Puede ser un individuo, familia grupo, comunidad o sociedad.

Entorno: condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupo. Ambientes interno y externo Siempre cambiando y en constante interacción con la persona. (41)

Marie-Françoise Collière

Esta profesional destaca como las mujeres, desde la más remota antigüedad, han proporcionado curas utilizando sus manos, su propio cuerpo, las plantas, los aceites, los masajes ... y lo han realizado ***para mantener la vida y para que esta continúe proporcionando curas de acompañamiento, de estimulación, de curación y de orientación en los diferentes pasajes de la vida, y cuando ésta se ve amenazada. Esto es lo que las curas deben continuar haciendo.*** Así, las manos de la enfermera han sido siempre uno de las principales instrumentos de las curas (desde el principio de las civilizaciones) utilizándolas para cuidar, estimular, mitigar el dolor, desarrollar y mantener las capacidades (28). En esta línea me atrevería a afirmar que si la doctora Collière hubiera conocido los efectos de la terapia neural, la hubiera considerado como instrumento anexo los estímulos de procaína impulsados por el émbolo de la jeringa y prodigados a través de las manos de la enfermera. Collière resume de la siguiente manera la filosofía de los cuidados primarios de salud:

“Los cuidados primarios de salud se proponen ser (para la población) un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes, y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida, e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada y

adaptada a la forma a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en este campo” (14).

Dolores Krieger

(1935): Toque terapéutico (imposición de manos) (33) Con un doctorado en enfermería, Dolores Krieger tuvo acceso a trabajar con pacientes internados en diferentes medios hospitalarios. Realizó estudios clínicos con grupos de control que le permitieron medir los resultados y asegurarse el respeto de otros profesionales de la salud. Los estudios fueron realizados con pacientes que padecían anemia perniciosa, en el Hospital Central de la ciudad de Nueva York. También se hicieron muy conocidos sus trabajos en las clínicas obstétricas, con mujeres embarazadas, que por su condición estaban imposibilitadas de ingerir medicamentos.

Muchos otros trabajos, algunos realizados con bebés prematuros, a los que se creía prácticamente muertos, le fueron brindando credibilidad al método. Desde 1960, se está utilizando como modalidad de tratamiento autorizada en los hospitales, sanatorios y centros de maternidad, en todo el territorio de los Estados Unidos de Norteamérica.

Actualmente, Toque Terapéutico es una materia obligatoria en todas las Escuelas de Enfermería Universitaria. Este conocimiento se ha extendido a más de 75 países. La fuerza vibratoria que motoriza al cuerpo se encuentra en equilibrio y libre de obstrucciones, cuando una persona goza de buena salud. Dolores Krieger es ante todo una científica, que se propuso investigar por riguroso método científico, los alcances **de la bioenergía**. La creadora del toque Terapéutico brinda **gran importancia al ejercicio de la Intención Consciente, al entrenamiento técnico y al trabajo de evolución personal como requisitos básicos de un operador en este método (36)**

Margaret Newman

Doctora en enfermería, en la década de 1980, elabora su teoría de la cual destaca la concepción holística de la salud como expansión de la conciencia. **La salud incluye la enfermedad y la ausencia de enfermedad. Es un proceso de desarrollo del conocimiento en si mismo y del entorno, una manera de estar**

en el mundo que tiene que ver con la percepción subjetiva de la persona. Es una armonía entre las diferentes dimensiones de la persona. (28)

Jean Watson

Nació en Virginia EE.UU. (1940). - 1978, Participa en la planeación y ejecución del programa Ph.D en la Universidad de Colorado. - Actualmente es directora del “Center for Human Caring” del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Colorado en Denver del cual es fundadora. Objetivo: Aplicar los conocimientos sobre asistencia y curación humana, como base moral y científica de la práctica clínica y de la formación de enfermería.

La Teoría de Jean Watson se compone de los siguientes elementos:

Cuidado: son las acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo, dentro de una experiencia transpersonal, que permiten la apertura y desarrollo de las capacidades humanas.

El Objetivo del cuidado es ***ayudar a las personas mediante un proceso de transacciones humanas a encontrar un significado a su experiencia, adquirir auto conocimiento, autocontrol y autocuración, para restablecer su armonía, independientemente de las circunstancias externas.***

FACTORES CARITIVOS • Formación de un sistema de valores humanístico y altruista • Tener en cuenta y sostener el sistema de creencias y fomentar esperanza. • ***Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás***
Fundamento filosófico • Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza • Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos • Usar procesos creativos para la resolución de problemas (P.A.E). • Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal • Crear un entorno de apoyo, protección o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. • Ayudar a la satisfacción de las necesidades básicas. • Aceptación de las fuerzas existenciales y fenomenológicas espirituales

RELACIÓN DE CUIDADO TRANSPERSONAL Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal caracterizado por una clase especial de cuidado humano que depende de: ***El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto yo. El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto. El conocimiento de cuidado de la enfermera y la conexión que tiene el potencial para curar dado que la experiencia, la percepción, y la conexión intencional ocurren. Esta relación describe como la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. El conocimiento del cuidado que tiene la enfermera se hace esencial para la conexión y el entendimiento de la perspectiva de la otra persona. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la transcendencia espiritual de sufrimiento*** (Watson, 2001). El término "transpersonal" quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad, y la armonía interior.

OCASIÓN DE CUIDADO/ MOMENTO DE CUIDADO Según Watson (1988b, 1999), ***una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona vienen juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenales, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano. Para watson, (1988b, 1999), el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –***

todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson (1999) insiste en que la enfermera, ***el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente. Más aún, tanto el que recibe el cuidado como el que cuida pueden ser influenciados por el momento de cuidado a través de las elecciones y acciones decididas en la relación, con ello, se influencia y se vuelven parte de su propia historia de vida. La ocasión de cuidado se vuelve “transpersonal” cuando “permite la presencia del espíritu de ambos –después el evento del momento expande los límites de apertura y tiene la habilidad de expandir las capacidades humanas”*** (Watson, 1999, pp. 116-117). (39)

Señala que el objetivo de la enfermería es facilitar que las personas adquieran “un grado superior de armonía entre la mente, el cuerpo y el alma, que de lugar a procesos de autoconocimiento, de autocuración” (28)

Rosette Poletti.

Licenciada en enfermería general y psiquiátrica y doctora en ciencias de la educación, ROSETTE POLETTI es enfermera de cuidados generales y psiquiátricos. Licenciada y con dos másters en Enfermería, ha enseñado durante mucho tiempo prácticas de salud holística. Experta también en análisis transaccional y en «gestalt», se ha especializado en los problemas del duelo, del acompañamiento de personas en fase terminal y de la curación del «niño interior». Enseñanzas de reflexología, visualización, relajación (Escuela Le Bon Secours, Ginebra) (33) Licenciada y doctora en enfermería, directora de la escuela “Le Bon Secours” de Ginebra. Lleva más de veinticinco años enseñando en su escuela “Prácticas de salud consideradas holísticas”, destacando la reflexología, la visualización, la relajación, etc.

Barbara Dobbs.

Licenciada en enfermería general por la Universidad de Nueva York y «master» en ciencias de la educación, actualmente enseña diversas aproximaciones

complementarias a los cuidados sanitarios. Se ha formado en el proceso psicoespiritual y practica la curación del «niño interior», la hipnosis, la reflexología y la "terapia floral" de Bach. (37)

Rosemarie Rizzo-Parse.

Doctora en enfermería. Centra todas sus aportaciones en una concepción avanzada de la enfermería, ***reconociendo en la persona la capacidad de actuar en sinergia con el universo, que elige libremente el significado de las situaciones. Considera la salud como una experiencia vivida.*** La enfermera guía a la persona en la elección de las diferentes posibilidades que se tienen delante de un proceso cambiante de salud e incluso, en algunas ocasiones, ha de tratar de ir más allá de lo que se esperaría conseguir con la cura. (28)

Hildegarde Peplau

Nació en 1909, en Pensilvania. Colaboró en el desarrollo del campo de la enfermería psiquiátrica dado su perfil profesional y formativo. Su fuente teórica la centró en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales.

Se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinámica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas.

En su obra "Relaciones interpersonales en enfermería" , ofrece una definición de enfermería en la que ***destaca la importancia del enfermero durante el "proceso interpersonal" , al que define como terapéutico , y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje*** . Mientras este reciba cuidados, la meta de la enfermería deberá de apuntar hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos .

Para Peplau , "La enfermería es un instrumento educativo , una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa , constructiva , productiva , personal y comunitaria ". Esta autora ha descrito cuatros fases para conceptualizar el proceso de

interrelación personal : Orientación , identificación , aprovechamiento y resolución. Su obra produjo gran impacto , probablemente fue la primera que desarrolló un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento

Permitió que las enfermeras ampliaran su campo de intervención , definiendo el modelo , en el que ***el significado psicológico de los acontecimientos , los sentimiento y los comportamientos pudieran ser explotados e incorporados a las intervenciones de la enfermería.***

Definición de Enfermería psicodinámica : Los cuidados en Enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia. ***La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico. Funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de a salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.***

Definición de la Relación enfermera - paciente : Peplau descubre cuatro fases de la relación enfermera-paciente:

1.- Orientación : Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.

2.- Identificación : La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.

3.- Aprovechamiento : El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.

4.- Resolución : Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

También describe varias funciones de la enfermería (concretamente seis):

- Función de persona recurso.
- Función desconocida .
- Función de liderazgo.
- Función de enseñante (combina todas las funciones)
- Función consejera.
- Función de sustituta/o.

Concepto de Persona : El hombre es un organismo que vive en equilibrio

Concepto de Salud : Palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria

Concepto de Entorno : Define entorno como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura. (40)

5) TERAPIA NEURAL Y PENSAMIENTO ENFERMERO

Si intentamos ubicar la Terapia Neural dentro de algún área de la ciencia enfermera, el paradigma en el que encaja es evidentemente en el de la transformación, ya que éste es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo e inspira nuevas concepciones de la disciplina; En este caso sería una concepción de la enfermera cómo posible terapeuta neural. Además el paradigma de la transformación entiende cada fenómeno como único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro (idéntica concepción que tiene la terapia neural referente a la complejidad los sujetos y sus manifestaciones)

Dentro de este paradigma de la transformación y, para clasificar en un marco teórico enfermero la terapia neural, lo más certero sería ubicarla dentro de la escuela del caring que cree que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura y se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Esta escuela se sitúa en la orientación de apertura hacia el mundo.

Llegados a éste punto me veo obligada a hacer referéncia a Madeleine Leininger (1989) para ella el cuidado (caring) es la esencia, el fenómeno central de los

cuidados enfermeros. Estipula que son necesarios nuevos valores así como nuevos enfoques y estructuras administrativas para mantener y enriquecer nuestras percepciones de realidades multiculturales en los centros de salud. (62)

Es tarea nuestra innovar en el futuro, en colaboración con la persona, en los entornos favorables a la salud y con las herramientas que están a nuestro alcance. (62)

Aunque realmente debo confesar que a mi modo de ver, la Terapia Neural estaría a caballo entre cuatro escuelas de pensamiento enfermero. Por un lado **la escuela ya citada del caring**, donde las enfermeras mejoran la calidad de sus cuidados al abrirse e incorporarse dimensiones culturales y espirituales diversas. También quiero citar la Relación de Cuidado Transpersonal que define Watson ya que también encaja con el tipo de relación que se establece en terapia neural. Por otro lado **la escuela de la interacción** (Concepción de Peplau); Aquí la enfermera ve el cuidado de la persona como el establecimiento y mantenimiento de una relación enfermera-cliente, que favorece el desarrollo, de modo que ambos se desarrollan y crecen. Y en la que la enfermera debe clarificar sus propios valores y utilizar su propia persona de manera terapéutica. (un ejemplo de ello lo tenemos en la entrevista cualitativa nº2 de este trabajo)

La escuela del ser humano unitario. Aquí encontramos la concepción de Parse que “ve el cuidado como una presencia auténtica a la persona que va hacia su actualización y que, a través de sus experiencias de salud, crea conjuntamente con el entorno.” **La enfermera aquí, facilita la manifestación del sentido o del significado que la persona da a su experiencia.** Para ello, la enfermera se compromete en el ritmo de los movimientos cambiantes y desiguales de esa persona. Se desarrolla una relación intersubjetiva creativa y se deja patente la línea fundamental de este pensamiento: la creencia de que cada ser humano es único y participa en la creación de su realidad a partir de su propia perspectiva. Aquí el concepto de holismo alcanza todo su significado

Por último la **escuela de los efectos deseados**, en la que los efectos deseables de los cuidados enfermeros són: reestablecer un equilibrio, lo mismo que acontece con la terapia neural que busca reestablecer “ese” equilibrio que el

cuerpo encuentra como idóneo según sus circunstancias actuales, su potencial vital y su fragilidad particular.

6) LA GESTIÓN DEL CUIDADO

Tenemos claro, una vez hemos asistido a las sesiones formativas del máster impartido en Santa Madrona que, necesitamos y debemos transformar la administración tradicional de recursos por una actividad estratégica denominada gestión del cuidado. Y ello sin perder de vista nuestras funciones inherentes al cargo que ocupamos como administradoras y gestoras de los cuidados:

1. *mejorar la calidad de vida de usuarios y trabajadores,*
2. *facilitar prestaciones de servicios*
3. *garantizar un uso adecuado de los materiales.*
4. *tomar decisiones asistenciales,*
5. *minimizar la fragmentación,*
6. *maximizar la coordinación,*
7. *favorecer la cooperación y el trabajo en equipo*
8. *buscar soluciones a los problemas*
9. *facilitar y fomentar la investigación*
10. *investigar,*
11. *innovar si se precisa*
12. *autogestionar el tiempo,*
13. *evaluar por resultados*
14. *ofrecer una visión diferente de la aportación enfermera*
15. *potenciar la calidad en enfermería*

16. *coordinar los niveles asistenciales asegurando la ubicación óptima del usuario,*
17. *proporcionar los cuidados, la contención, información, educación, orientación , etc que precisen los usuarios, a fin de disminuir el gasto público sanitario con hipermedicalizaciones, los ingresos, reingresos y estancias medias.*
18. *Mejorar la percepción de una atención de calidad que pueda verse reflejada en las encuestas de satisfacción de los usuarios y trabajadores del sistema.*
19. *“estar abiertos a nuevos aprendizajes, trabajar duro, mantener siempre la ilusión y no dar nunca la espalda a aquello en lo que creemos”.*

Con este máster conseguimos un nivel superior de cualificación profesional que nos permite :

1. *Asesorar a profesionales de enfermería y otros profesionales de salud,*
2. *Educar, formar, dirigir y participar en la organización y administración*
3. *Mejorar la calidad asistencial en los centros donde ofrecemos nuestros servicios*
4. *Facilitar la comunicación y el trabajo interdisciplinar*
5. *Fundamentar la gestión de servicios, en la investigación y el análisis de experiencias positivas en la mejoría de la calidad de la atención. (1)*
6. *Liderar proyectos que permitan una experiencia coherente y vinculante con la realidad del sector salud. Es necesario promover la documentación e investigación de la gestión de los servicios para retroalimentar la práctica y la formación*
7. *Diseñar indicadores de gestión y calidad que evidencien el valor agregado de los cuidados de enfermería.(3)*

8. Poseer conocimientos y técnicas, y fundamentalmente capacitación para aprender, reaprender y desaprender permanentemente para adaptarse al futuro (Vargas 3. 1996) (Citado por Ana Cecilia Ortiz Zapata 2)

Con frecuencia se reconoce que el papel principal de una jefa, supervisora o gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución. (1)(5) La enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarios para la práctica administrativa del cuidado de enfermería. (1) La enfermera gestora debe apoyar al personal cuidador en su labor de cuidar de forma individualizada al paciente-usuario y su familia (5) Pero también la enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejora del cuidado *el perfil del enfermero gestor debe ser el de mejorar el sistema. Para ello, otro aspecto de la Gestión del cuidado inherente a la práctica de enfermería y que merece ser señalado, es el de la colaboración intradisciplinaria que comprende la consulta entre colegas enfermeras, igual que la participación de enfermeras clínicas en el desarrollo de conocimientos y en la formación de futuras enfermeras. La colaboración intradisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados y es algo que las enfermeras poco realizamos. La identificación de enfermeras expertas y las consultas entre colegas enfermeras, los conocimientos compartidos, refuerzan el potencial y la competencia del grupo profesional, mientras que los conocimientos celosamente guardados en un escritorio o en la mente de alguna enfermera experta no contribuyen a una práctica de calidad y colaboración. El punto de inicio de esta colaboración es reconocernos nosotras mismas como expertas y enriquecer de manera constante nuestros conocimientos y habilidades (1). Por ello una de nuestras misiones primordiales es compartir los nuevos saberes adquiridos y dejar constancia escrita de ello, para que cualquier profesional pueda consultar.*

El rol de la enfermera responsable de la gestión del cuidado consiste en apoyar al personal que otorga cuidados. La gestión del cuidado va a dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería, esta gestión como proceso recurre a la creatividad, la indagación y la transformación. La contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, como ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos. Y encontrar dentro de ellos, alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad de el cuidado a la persona que vive experiencias de salud. (1)

Por gestión se entiende el conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito; en cuyo resultado influye la utilización de los recursos. El conjunto de acciones ejecutadas por el profesional en enfermería para cuidar representa grados variables de eficiencia, eficacia y efectividad, susceptibles de ser mejorados mediante la aplicación de técnicas y métodos que garanticen la óptima calidad. Gerenciar consiste en agregar valor a la gestión. Es una disciplina que provee estrategias útiles al profesional en enfermería, quien debe realizar acciones encaminadas a buscar nuevos recursos y agregar valor a los procesos que conforman la gestión del cuidado. (2) por ello una de las actuaciones que aquí propongo es integrar la Terapia Neural al sistema.

A continuación se describen las diferentes funciones que deberá llevar a buen término la enfermera gestora:

FUNCIÓN DE INVESTIGACIÓN: "La investigación en enfermería desarrolla conocimientos sobre la salud y la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital, sobre el cuidado de las personas con problemas de salud e incapacidades y sobre estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas, al margen de su estado de salud, particularmente en ancianos, enfermos crónicos y terminales. Esta investigación complementa a la investigación biomédica, principalmente

interesada por las causas y el tratamiento de las enfermedades". (Comision on Nursing Research, 1980).

Esta función es importante destacarla ya que es la base que dará credibilidad, seriedad y garantías a nuestras actuaciones, para ello debemos fijarnos en cuatro puntos simultáneamente:

- 1) Conocer las estrategias de investigación.
- 2) Delimitar procedimientos de investigación.
- 3) Conocer los instrumentos de medición usados.
- 4) Estudiar los análisis estadísticos realizados.

Liderar iniciativas y proyectos de investigación.

Formular preguntas y desarrollar la capacidad de autocrítica

Potenciar e incentivar a los profesionales en la búsqueda de alternativas

Desarrollo e implantación de diagnósticos de enfermería.

FUNCIÓN ADMINISTRACIÓN Y/O GESTIÓN

Administrar es hacer algo posible (Goddard)

Administrar es hacer que el trabajo se lleve a cabo por la acción de los demás (GILLIES enfermera).

Administración: "Actividad sistemática, realizada por un grupo humano que utiliza un conjunto de recursos, para lograr una finalidad de manera eficaz y eficiente y con beneficio social para quien va dirigida y la genera".

Favorecer el trabajo en equipo, participación multidisciplinaria, diseños de cuidado

Elaborar indicadores de evaluación de cuidados con criterios de eficacia y eficiencia

Protocolos y sistemas de registros

Oferta de servicios del centro, actividades asistenciales y educativas de la población

Trabajo por objetivos

Analizar las ventajas o inconvenientes de las nuevas estrategias de gestión

FUNCIÓN EDUCATIVA Y DOCENTE: Los profesionales de enfermería necesitamos conocer y mejorar la calidad de nuestros cuidados, para mejorar y ampliar las habilidades básicas y las habilidades específicas implícitas en la profesión. El personal de enfermería hoy en día, es una persona hábil a cargo de múltiples funciones complejas; cuida al paciente, se preocupa por él, participa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, protege de factores de riesgo, es asesora y maestra de salud, es por ello que enfermería debe reciclarse y ampliar conocimientos tanto para mejorar su práctica clínica como para poder ofrecer diferentes opciones válidas a los usuarios.

Educación para la salud, con programas.

Orientación y asesoramiento a los usuarios

Organización de actividades teóricas y prácticas de formación de nuevos profesionales

Actividades dirigidas a la formación continuada

Sesiones clínicas que permitan divulgar las competencias

FUNCIÓN ASISTENCIAL: La intención de mejorar la calidad de los cuidados y la práctica en general. Enfermería debe perfeccionar sus actividades asistenciales para propiciar cambios cualitativos en la práctica de su desempeño profesional. Para ello se desarrollan diferentes programas dirigidos a sectores específicos de la población:

Programas de salud al niño sano /enfermo

Programas de atención a la mujer

Programas de atención al adulto y al anciano

Programas de salud escolar y laboral

Diagnóstico de enfermería

Seguimiento y control de crónicos

Prevención y control de enfermedades transmisibles

Rehabilitación y reinserción social

La formación para la gestión de servicios, debe estar fundamentada en la investigación y el análisis de experiencias positivas en la mejoría de la calidad de la atención. (60)

Es necesario el desarrollo de programas de educación continua que permitan la integración de la gestión de los servicios y del cuidado. Así mismo es necesario el diseño de indicadores de gestión y calidad que evidencien el valor agregado de los cuidados de enfermería.(3)

Pero recordemos que sólo se aprende con la práctica y se crece con el progreso y profundizando en la práctica de los cuidados de enfermería, de nuevo con P. Benner se corrobora, este pensamiento:

“La contribución de la enfermera gestora es única; representa una fuerza indispensable para asegurar los servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de óptima utilización de los recursos disponibles. La enfermera gestora se enfrenta con un gran desafío, el de ejercer su actividad en un entorno marcado por numerosas contrariedades y que presenta diversos obstáculos para un enfoque de gestión dirigido a mantener el cuidado de la persona que vive experiencias de salud.” (14) (pág.121)

“Es tarea nuestra innovar en el futuro, en colaboración con la persona, en los entornos favorables a la salud y con las herramientas que estan a nuestro alcance”

“La formación prepara al estudiante para el análisis crítico de los acontecimientos de una actividad profesional capaz de asumir diversos roles en un sistema de

salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud”

Ambos párrafos pertenecen al libro “El pensamiento enfermero” (14)(Pág. 140 y 102 respectivamente)

Debe considerarse además importante, no solo poseer conocimientos y técnicas, sino fundamentalmente capacitación para aprender, reaprender y desaprender permanentemente para adaptarse al futuro (Vargas 3. 1996) (Citado por Ana Cecilia Ortiz Zapata 2)

7) PENSAMIENTO MÉDICO

La doctrina hipocrática podría condensarse en cuatro principios fundamentales:

- 1) La naturaleza es la que cura: Reaccionando contra la realidad médica de su tiempo, empleo Hipócrates la observación directa: “observa y ve por ti mismo –decía- y prueba de que así es después de mucha observación”(29). De este modo estableció principios fundamentales para la conservación de la salud. Se opuso a la clasificación de las enfermedades y al tratamiento específico que había para cada una de ellas y decidió tratar a los enfermos como poseedores de un sólo órgano que es su cuerpo, dando más importancia a la dieta y al ejercicio físico que a los medicamentos. Empleó el ayuno, los enemas, los vomitivos, los fomentos, las fricciones y en general dió instrucciones precisas sobre “aire, aguas y lugares”. Lo principal de su método quedó condensado en la siguiente recomendación: “Lleva una vida sana y no caerás fácilmente enfermo” (lo que equivaldría actualmente a la potenciación de los “estilos de vida saludables”). Hipócrates afirmaba también que “existe en nuestro organismo una fuerza vital que trabaja por el todo y por las partes y que es a su vez una y múltiple” (29). Esto podríamos enlazarlo con la aceptación de la minusvalía y la muerte. Es decir, una persona no puede ir más allá de su propio potencial vital. Si éste se ha agotado, no podrá recuperar el equilibrio perdido, en cambio si continúa habiendo “batería” podrá sanar y volver a la normalidad.

- 2) No hay enfermedades, sólo hay enfermos. Principio hipocrático que ha permanecido a través de los tiempos. Según el Dr. Vannier, “Hipócrates en su obra, no diferencia síndromes ni pone etiquetas a enfermedades. Su observación minuciosa, ponderada, reflexiva, tiende a separar a los enfermos, distinguirlos con el fin de poder prever sus reacciones” , para él la enfermedad es “una crisis durante la cual el organismo adopta una posición defensiva buscando la eliminación de los malos humores que la perjudican”(29). En la esta línea encontraríamos a Kuhme cuando establece en el cuerpo “materias extrañas” a la economía orgánica o bien cuando el Dr. Vander desarrolla una amplia y fundamentada teoría sobre las “sustancias perturbadoras”, como causas de las enfermedades. De la misma forma, la terapia neural tiene una de sus bases en los “focos interferentes” como causantes de la patología
- 3) Curar sin dañar. Hipócrates nos invitaba a “seguir el camino por el cual cura espontáneamente la naturaleza” (29; pag.28) La terapia neural basa su praxis en enviar un estímulo mínimo para que el cuerpo se reorganice y ponga en marcha su proceso curativo.
- 4) Que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina sea tu alimento.

En Cataluña, concretamente en la ciudad de Barcelona, en el año 1843 en el que se enterraba en el Montmartre parisino a Samuel Hanemann, el padre de la Homeopatía, se abría en el num. 8 de la calle de la Unión, la primera farmacia homeopática de España, por el Dr. Victor M. a Grau Ala, a través de la cual se introdujeron en nuestro país los medicamentos homeopáticos y naturales, así como libros de estas materias en los 105 idiomas cultos de la época.

Otro pionero del Naturismo en nuestro país fue el Dr. Salvador Badia i Andreu, nacido en Torelló el año 1847.

Salvador Badia se doctoró en Medicina por la Universidad de Barcelona, el año 1870 y completó sus estudios en Alemania, de donde regresó convertido en uno de los pioneros del Naturismo en España.

8) LAS TERAPIAS NATURALES, TRADICIONALES, ALTERNATIVAS,...

La humanidad en forma constante busca los medios que le permitan alcanzar un estado de salud satisfactorio que le garantice una vida mejor y prolongada. La historia nos da a conocer que su existencia sobre la tierra está dominada por su relación simbiótica con el medio ambiente que le permitió, en los primeros tiempos, curar las enfermedades. (121)

Las generaciones se han transmitido recetas y secretos curativos en todos los países del mundo, sin excepción.

Pero yo diría que hallamos unas características comunes en las terapias no alopáticas que serían:

El enfermo es quien “hace” la enfermedad

En lo alternativo no hay diagnosticos de enfermedades sino procesos vitales

Se tiene en cuenta el “sentimiento”

El concepto holístico, el ser como un todo.

Profundo respeto a lo intangible como posible canal o herramienta de curación

OMS: Según la definición de la O.M.S. las medicinas tradicionales o ancestrales son la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el 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.

Son un conjunto de experiencias sobre el arte de curar, cuya práctica permite lograr en cierta medida una respuesta relativamente eficaz frente a los problemas de salud más frecuentes que presenta la población. Este legado de recursos y prácticas curativas no responde a conocimientos estructurados de acuerdo a una escuela de pensamiento médico. (15)

El grupo Cochrane define medicina alternativa y complementaria como un amplio dominio de recursos curativos que engloba todos los sistemas de salud, modalidades, prácticas y sus teorías acompañantes y creencias, diferentes de

aquellas intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad o cultura particular en un período histórico dado. Incluye tanto las prácticas e ideas autodefinidas por sus usuarios como los tratamientos preventivos o curativos o de promoción de salud y bienestar. (120)

Cuando hablamos de terapias alternativas, nos referimos a modelos de prácticas diagnósticas y terapéuticas ajenas a la historia de la cultura médica occidental, que comprenden una serie de técnicas, depuradas a lo largo de siglos de uso continuado, cuya práctica pervive y que millones de personas utilizan en muchos países como primera opción, fundamentalmente en Asia. (120)

La disparidad de las técnicas englobadas como alternativas es tan variada que hace difícil establecer una clasificación simple. La categorización utilizada por la British Medical Association (BMA) destaca el mayor o menor grado de complejidad:

- a)** Sistemas completos: homeopatía, osteopatía, quiropráctica, medicina herbal, acupuntura, naturopatía.
- b)** Métodos diagnósticos: iridología, kinesiología, análisis capilar.
- c)** Métodos terapéuticos: masaje o terapias de contacto, *shiatsu*, reflexología, aromaterapia, medicina nutricional, hipnosis.
- d)** Autocuidados: meditación, yoga, relajación, *tai-chi*. (120)

UN POCO DE HISTORIA Hace 25 siglos Hipócrates definía salud como aquel estado en el cual un individuo está en armonía consigo mismo y con el entorno, insistiendo además en que todo lo que afectaba a la mente necesariamente afectaba al cuerpo, y ya en el año 1946 en Nueva York, la OMS definía salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedades.

Los primeros médicos se preocuparon entonces de curar cuerpo y alma, y así ha sido hasta la fecha en la medicina oriental, hindú y chamánica, pero progresivamente estas características se fueron perdiendo en la medicina occidental.

Se atribuye una parte importante de esta pérdida a René Descartes, quien en el siglo XVII dividió al ser humano en dos entidades distintas: un cuerpo o soma y una mente o psique. Bajo estos conceptos el cuerpo era lo real y la mente lo irreal, por lo tanto los pensamientos y cualquier cosa que no tuviera base fisiológica visible y constatable era considerado irreal, llegando a desestimarse todas las experiencias subjetivas.

Con el paso del tiempo el hombre fue considerado una “maquina”, olvidándose totalmente su mente, su espíritu y su relación con el medio ambiente, y en la actualidad, gracias al alto nivel tecnológico de investigación con que contamos, esta “máquina” no puede escondernos sus fallas, pero fracasamos cada vez con más frecuencia al tratar de solucionar estas fallas.

¿Será porque el hombre no es ni nunca será una máquina?

¿Será porque la antiquísima costumbre de asumir al hombre como un todo: mente, cuerpo y espíritu inserto en un medio ambiente que lo afectaba directamente sí era muy importante?

Estos cuestionamientos empezaron a tomar importancia a mediados del siglo XIX y en forma muy lenta se empezó a cambiar el enfoque médico, de modo que actualmente ya es muy clara la tendencia a usar medicina alternativa en el tratamiento de una serie de enfermedades.

Es así entonces que en los últimos 30 años las medicinas alternativas han adquirido un gran impulso fundamentalmente por:

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

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

En Europa y USA este fenómeno es tan importante que las autoridades de salud, gobierno, universidades y colegios de la orden, han debido tomar algunas medidas para evitar que personas que no tienen conocimientos, usen técnicas y medicamentos, especialmente fitoterapia y homeopatía, en forma descontrolada y con riesgos vitales.

En primer lugar se acuñó el término “medicina complementaria” (CAM), que se refiere básicamente a médicos alópatas, que en sus tratamientos habituales usan algunas técnicas de medicina alternativa. Estas terapias alternativas desde hace varios años pueden aprenderse en las Universidades europeas y norteamericanas, las cuales las incluyen como ramos optativos en la carrera de Medicina y otras del área de la salud, existiendo actualmente algunas Universidades que ya tienen incorporadas en sus mallas curriculares algunas de estas terapias.

En segundo lugar se definió el perfil del usuario de las medicinas alternativas: personas de altos ingresos económicos, alto nivel educacional y cultural, portadores de un problema médico de difícil solución por la medicina tradicional: dolor crónico, trastornos mentales, problemas oncológicos, VIH.

En USA se calculó el costo de la medicina tradicional vs. la alternativa: 29,3 billones de dólares en medicina tradicional contra 21,2 a 37,2 billones de dólares. Las autoridades de salud y universitarias crearon entonces grupos destinados a investigar cuáles eran las terapias que estaban en uso, normas para regular este uso, hacer un catastro de las personas dedicadas a la medicina alternativa, y realizar labores de difusión de las terapias que habían probado ser eficaces a través de congresos, cursos, revistas, etc, destinados especialmente para el grupo médico.

Además facilitaron la aplicación de medicina alternativa en pacientes hospitalizados, especialmente en Unidades Oncológicas y de Cuidados Paliativos, con resultados que han sido publicados en las revistas médicas tradicionales, siendo la mayoría de ellos estadísticamente significativos.

En Chile, el Ministerio de Salud, el Colegio Médico y las Universidades no han tenido una conducta proactiva en este sentido y sólo hay antecedentes de hechos aislados:

- El Ministerio de Salud tiene un listado de medicinas alternativas reconocidas, que no son todas las que actualmente se practican.
- La Universidad de la Frontera organiza todos los años un Congreso de Medicina Alternativa y ha desarrollado especialmente el área de integración de la medicina alópata con la mapuche.
- En algunos Hospitales de Santiago se está usando Reiki como terapia alternativa para el personal de la salud, fundamentalmente enfocado a la relajación y a los problemas traumatológicos.
- Respecto al uso de hierbas medicinales, medicamentos homeopáticos, los llamados "medicamentos naturales" y a una serie de "Farmacias" que los expenden, el ISP esta recién realizando un control más efectivo.

Para la aplicación de esta medicina complementaria en el área pediátrica, que podría ser de gran ayuda, especialmente con pacientes oncológicos y portadores de patologías crónicas se está planificando la puesta en marcha de un policlínico especializado, que funcionaría en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento CDT anexo a un Hospital, porque está claro que esta es la Medicina del nuevo milenio, que cuenta con una base científica muy firme gracias a los grandes avances tecnológicos y con un equipo médico que pretende rescatar los principios hipocráticos y preocuparse del enfermo y no de la enfermedad. Trabajando entonces bajo estas consideraciones se podrán lograr curaciones a más corto plazo, con menos efectos colaterales y con un menor costo bajo todo punto de

vista. (Dra. María Adela Godoy Servicio de Pediatría HCSBA UCIP, Hospital de Carabineros) (79)

9) DEFINICIONES DE CONCEPTOS EN TERAPIAS

Medicina natural El término medicina natural, naturopatía, o medicina naturopática es usado generalmente para indicar, de una práctica o terapia de intención curativa, que se ha originado al margen del desarrollo moderno de la medicina y la farmacología. Se usa para cualquier medicina alternativa o complementaria que utiliza remedios tradicionales o no industriales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término utilizado se refiere tanto a los sistemas de medicina tradicional como a las diversas formas de medicina indígena.

Diferencia en los preparados: Aunque se dice medicina natural para distinguirla de la medicina reglada, muchos preparados naturales utilizados en la medicina natural contienen el mismo principio activo o fármaco que los usados en la medicina convencional, pero preparados al margen de los procedimientos industriales, usando formas tradicionales como la maceración, la infusión o la cocción. (83)

La medicina complementaria y alternativa (su sigla en inglés es CAM) abarca los enfoques no-convencionales para la curación, más allá de la medicina tradicional.

La medicina complementaria y la medicina alternativa tienen dos enfoques diferentes:

La medicina complementaria es cualquier forma de terapia usada en combinación con otros tratamientos o con la medicina estándar, o convencional. La terapia complementaria usualmente sirve para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de la vida.

La medicina alternativa se usa sola, sin la recomendación del tratamiento estándar. (82)

Antes de considerar la medicina complementaria y alternativa

La mayoría de los campos de la medicina complementaria y alternativa no están regulados o controlados por las guías médicas, ni los gobiernos occidentales. Si los médicos recibieran una mínima formación en las diferentes terapias, siempre se debería consultar con un médico antes de comenzar cualquier terapia de medicina complementaria o alternativa, ya que algunas terapias pueden interferir con el tratamiento estándar. El problema está en que todavía hay muchos profesionales de la medicina y de la enfermería que desconocen este campo y por ello, lo descartan en cuanto el paciente les sugiere una posible alternativa o complemento. Como resultado muchos de los usuarios acuden a la medicina privada para recibir estos tratamientos y muchas veces no los comentan con su médico.

Cuando una persona considera que la medicina complementaria o alternativa puede aliviarle, es muy importante que le sugiramos si desconocemos el tema de recoger la información antes de comenzar cualquier terapia:

- Consultar a su médico y/o enfermera
- Investigar en el Internet.
- Investigar en la biblioteca (libros, artículos, y revistas científicas).
- Hablar con otros que han tratado la terapia.
- Buscar estudios científicos controlados acerca de la terapia, cuando sea posible.

¿Qué señales de aviso pueden indicarme una terapia fraudulenta?

De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society), si un tratamiento tiene las siguientes señales de aviso, es mejor evitarlo:

- El tratamiento promete cura.
- Al paciente se le recomienda que no use la medicina estándar o convencional.

- El tratamiento es un secreto y solo puede ser administrado por ciertos proveedores.
- El tratamiento requiere viajar a otro país.
- Los proveedores del tratamiento no le dan importancia a la medicina estándar o convencional.

Terapias complementarias y alternativas

Las terapias complementarias y alternativas son un grupo diverso de prácticas, sistemas y productos de cuidado de salud que no son parte del tratamiento médico usual. Estas terapias pueden incluir productos tales como vitaminas, hierbas, o suplementos dietéticos, o procedimientos como acupuntura, masaje, y una gran cantidad de otros tipos de tratamiento. Existe mucho interés hoy día en los tratamientos complementarios y alternativos contra el cáncer. Muchos de estos tratamientos están siendo estudiados para determinar si realmente benefician a las personas con cáncer.

Es posible que sus familiares, amigos y otras personas le hablen sobre los diferentes tratamientos que pudieran ofrecerse como una manera de tratar el cáncer o que le pudieran ayudar a sentirse mejor. Algunos de estos tratamientos no causan daño en ciertas situaciones, mientras que se ha demostrado que otros pueden ser perjudiciales. En la mayoría de estos tratamientos no se ha probado ningún beneficio.

La Sociedad Americana del Cáncer define medicina o métodos complementarios como aquellos que se usan junto con el cuidado médico convencional. Si estos tratamientos son administrados cuidadosamente, pudieran contribuir a su bienestar y comodidad. Las medicinas alternativas son definidas como aquellas que se usan en lugar del cuidado médico regular. En algunas de éstas se ha probado que no son útiles o que incluso causan daños, pero siguen siendo promocionadas como "curas". Si usted opta por usar estas medicinas, las mismas pudieran reducir su probabilidad de combatir el cáncer al retrasar, reemplazar o intervenir con el tratamiento regular contra el cáncer.

Antes de cambiar su tratamiento o agregar cualquiera de estos métodos, hable francamente con su doctor o enfermera. Algunos métodos pueden ser usados con seguridad junto con el tratamiento médico convencional. Otros, sin embargo, pueden interferir con el tratamiento convencional o causar graves efectos secundarios. Por esta razón, es importante hablar con su doctor. Para más información sobre terapias complementarias y alternativas específicas usadas contra el cáncer, llame a nuestra línea telefónica gratuita o visite nuestra página en Internet.

Diario Médico noticia (3)Terapias complementarias, nunca solas

Oncología. Varios expertos han analizado la eficacia del reiki, la acupuntura y la fitoterapia como técnicas complementarias al tratamiento oncológico. Aunque aún no hay muchos estudios que avalen sus beneficios, los pacientes sienten alivio y, en muchas ocasiones, mejoría, por lo que el médico debe estar en todo momento informado acerca de si utilizan alguna de estas terapias para aconsejar al paciente sus posibles interacciones. Además, si se opta por utilizarlas deben ser complemento de los tratamientos prescritos, y nunca una alternativa.

Isabel Gallardo Ponce 13/11/2008

La fitoterapia, la acupuntura y el reiki deben realizarse siempre con el conocimiento del médico para evitar interacciones y efectos adversos. Éstos y otros tratamientos deben ser utilizados como medidas complementarias y nunca sustituir a los fármacos indicados, según se ha afirmado en la mesa redonda Interacción de fármacos con terapias alternativas/complementarias, del II Simposio Iberoamericano de Tratamiento de Soporte y Paliación en Oncología, celebrado en Madrid.

El arsenal que los pacientes encuentran en el mercado es muy amplio, y algunas de estas terapias, como la tímica, han sido prescritas en las consultas. También son conocidas y utilizadas, con más o menos rigor científico, las terapias dietético-metabólicas basadas en dietas macrobióticas, las megadosis de vitaminas, la homeopatía, los antiangiogénicos como el cartílago bovino y de tiburón, el uso de hormonas, las técnicas de control mental, las terapias energéticas y electromagnéticas y la apipuntura.

Según Beatriz Martínez, oncóloga del Hospital La Paz, de Madrid, "no existen evidencias del efecto antitumoral ni de un aumento de la supervivencia cuando se estudian estas técnicas de forma global". Sin embargo, parece que funcionan en síntomas como el dolor, la ansiedad y las náuseas tras una intervención quirúrgica y un tratamiento quimioterápico. Las técnicas más útiles son la acupuntura, la hipnosis y el masaje. Lo básico es que nunca sustituyan a un tratamiento oncológico, no sean tóxicos y que sean manejadas por expertos.

Rafael Cobos, de la Clínica del Dolor del Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla, explica que en la acupuntura se realiza la inserción de agujas metálicas muy finas en puntos específicos a nivel anatómico, por lo que debe realizarlo un facultativo experto en la materia. "Es importante tener en cuenta que muchos pacientes que padecen cáncer y acaban en cuidados paliativos utilizan acupuntura, sobre todo en las sociedades desarrolladas".

La medicina complementaria se utiliza conjuntamente con la convencional para mitigar algunos síntomas colaterales porque no funcionan los tratamientos habituales o como un apoyo. Según Cobos, los pacientes suelen acudir a estas técnicas para prolongar la supervivencia, paliar los efectos secundarios de los tratamientos, desintoxicar el organismo, y elevar la inmunidad y la calidad de vida. "Los médicos de paliativos y de oncología deben saber dónde acuden los pacientes a recibir otras terapias y por qué lo hacen". Aunque hacen falta más estudios rigurosos, la acupuntura parece ser eficaz en el control de la náusea, en el tratamiento del dolor y para el prurito, la disnea, la ansiedad, el insomnio y la xerostomía. Además, no debe realizarse en anticoagulados, en heridas, piel infectada ni sobre tumores.

María José Alonso, farmacéutica y profesora de la Universidad Autónoma de Barcelona, afirma que el 11 por ciento del arsenal terapéutico disponible proviene de las plantas, un tercio de la población consume plantas medicinales con fines terapéuticos, y el 99 por ciento no se lo comunica a su médico. "Los profesionales caemos en la idea de que al ser productos naturales no son perjudiciales.

Pero la cicuta también lo es y mata. Hay que dar a los pacientes una información

veraz y científica para que no tomen plantas que puedan interaccionar con sus fármacos". Para ello hay que educar también a los profesionales de la salud, y conseguir una regulación de las plantas libres. El paciente a veces miente, explica Alonso, por lo que hay que indagar qué tipo de plantas utiliza. "No hay que preguntarles si utilizan fitoterapia, ya que la confunden con fisioterapia y responden: bueno, algún masaje sí me doy".

El hipérico, por ejemplo, en interacción con los anticoagulantes parece reducir la absorción; la frágula puede interactuar con antineoplásicos y corticoides orales, y el hongo maitake, con los anticoagulantes.

Por otro lado, el reiki es un sistema de sanación a través de la energía de la imposición de manos, y no tiene interacción con fármacos, efectos secundarios o contraindicaciones, según explica Margarita Feijóo, oncóloga del Hospital La Moraleja, de Madrid. Es una práctica espiritual que entiende que la energía tiene capacidad por sí misma para ir al lugar donde hay un desequilibrio. "No se tiene claro su mecanismo de acción ni cómo funciona, pero se cree que reequilibra el biocampo, refuerza la capacidad de lucha del organismo y eleva la resistencia al estrés".

En el paciente oncológico se altera el bienestar físico y psíquico, por lo que el reiki puede ayudar a mantener una actitud vital en el momento del diagnóstico, a conseguir relajación y el control de los efectos secundarios durante el tratamiento, a mejorar algunos síntomas como el dolor y el insomnio, o paliar la agonía del paciente terminal, según Feijóo. Su práctica se ha incorporado ya en servicios de hospitales como el Ramón y Cajal, el 12 de Octubre, y el Memorial Sloan Kettering, en Nueva York.

"No podemos olvidar que la medicina actual deriva de la fitoterapia y las observaciones. Debe haber algo que se nos escapa. Tendríamos que estudiar todas las técnicas con rigor científico. Lo intangible existe, pero como hablamos de medicina hay que tratar de objetivar", dice Manuel González Barón, jefe de Servicio de Oncología Médica, de La Paz, y coordinador de la reunión.

INFORME DE PAUL LAYONNE Y LEGISLACIÓN

En el año 1997 Paul Layonne, presidente del grupo de los Verdes en el Parlamento Europeo, elaboró un ***informe en el que recomendaba a los estados miembros la regulación del uso y profesión de las terapias naturales y no convencionales, así como el desarrollo y financiación de proyectos de investigación que ayuden a conocer mejor estas terapias a los ciudadanos***. Varios países de la Unión Europea, como Reino Unido, Alemania y Francia, incluyen algún tipo de terapias naturales dentro de sus sistemas sanitarios públicos. En España actualmente algunas sociedades médicas privadas también las incluyen entre sus servicios, si bien los ciudadanos que desean utilizarlas deben suscribirse a las distintas entidades pagando las cuotas correspondientes (o bien pagando en forma de consulta privada).

Esto es absolutamente insuficiente. Es necesario que se produzca una regulación del sector, tanto en lo que se refiere a las titulaciones y planes de estudios de las distintas especialidades, como en la cualificación que deben reunir estos profesionales para ejercer la profesión, para evitar el intrusismo de profesionales de otros sectores poco cualificados en el conocimiento de las terapias naturales. Hay grupos que consideran que un marco adecuado de regulación del sector sería la única manera de que los ciudadanos que utilizan estos servicios encontraran las garantías suficientes en cuanto a las condiciones de uso, capacitación de sus profesionales, coordinación sanitaria, etc., garantizando un servicio adecuado y responsable.

Se debería:

- Incluir las terapias naturales y no convencionales en el sistema sanitario público de la Seguridad Social.
- Reconocer la actividad beneficiosa en el uso de la actividad de estas profesiones.
- Regular legalmente los centros de enseñanza, las titulaciones y la experiencia exigidas para los practicantes de estas terapias.

Aun cuando los remedios caseros naturales han venido utilizándose desde que el ser humano siente necesidad de alivio de sus problemas de salud, es a partir del siglo pasado cuando los Gobiernos de los países más avanzados comienzan a interesarse por las terapias naturales y su regulación legal.

Durante muchos años, los Grandes Maestros Naturistas (Kneipp, Kuhne, Lezaeta, etc.), a pesar de las curaciones espectaculares que lograban, fueron menospreciados por las Academias de Medicina, las que los acusaban de curanderos y de intrusistas.

Pero la presión de los hechos, manifestada en especial por la creciente demanda popular (en los países civilizados se estima que una tercera parte de su población utiliza terapias naturales y el 67% de los pacientes crónicos la consultan habitualmente), ha impulsado a los Gobiernos a dictar algunas normas de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud que apoya el uso de las terapias ancestrales siempre y cuando puedan representar un beneficio para el paciente con el mínimo de riesgo.

En Marzo del 1977, el Parlamento Europeo aprueba el informe, antes citado de Paul Lannoye en el que se recomienda a los estados miembros la regularización legal y armonización de estas terapias.

Así en Alemania, desde hace años existe el título de Practico de la Salud (Heilpraktiker), en Inglaterra la medicina natural es considerada como complementaria de la alopática y en Portugal y en varios países de América se están iniciando estudios para elaborar las primeras normativas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el año 2002 la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Este informe proporciona un marco de trabajo a fin de que la Medicina Tradicional / Medicina Complementaria y Alternativa desempeñen un papel mucho más importante a la hora de reducir el exceso de mortalidad, especialmente entre las poblaciones más pobres.

Los cuatro objetivos que perseguía son:

- 1) Integrar estas medicinas en los sistemas de salud nacionales e internacionales, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales y supranacionales.

- 2) Seguridad, eficacia y calidad: fomentar su seguridad, eficacia y calidad, difundiendo los conocimientos básicos y ofreciendo directrices sobre normas para asegurar la calidad garantizada imparcialmente.
- 3) Acceso: incrementar su disponibilidad y su asequibilidad, enfatizando el acceso de las poblaciones menos favorecidas.
- 4) Uso racional: fomentar su uso científicamente racional por proveedores y por consumidores.

En la reunión del 23 de noviembre de 1994, la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor decidió elaborar un informe y, mediante carta de 28 de noviembre de 1994, solicitó la autorización pertinente. En la sesión del 16 de enero de 1995, el Presidente anunció que la Conferencia de Presidentes había autorizado a la comisión a elaborar un informe sobre la cuestión.

El informe se presentó el 6 de marzo de 1997. La Propuesta de resolución: Resolución sobre el régimen de las medicinas no convencionales

El Parlamento Europeo,

- Vista la propuesta de resolución de los diputados Pimenta, Dell'Alba, Díez de Rivera Icaza, Crowley, Ewing, González Álvarez y Lord Plumb sobre la medicina alternativa (o no tradicional) (B4-0024/94),

- Vista su Resolución de 13 de junio de 1991 sobre una Directiva por la que se amplía el ámbito de aplicación de las Directivas 65/65/CEE y 75/319/CEE relativas a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas sobre medicamentos y por la que se adoptan disposiciones complementarias para los medicamentos homeopáticos⁽¹⁾,

- Vista la Directiva 92/73/CEE del Consejo por la que se amplía el ámbito de aplicación de las Directivas 65/65/CEE y 75/319/CEE relativas a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas sobre

medicamentos y por la que se adoptan disposiciones complementarias para los medicamentos homeopáticos,

- Vista la línea presupuestaria B6-8332 del presupuesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1994, así como el antepenúltimo párrafo de la línea presupuestaria B6-7142 del presupuesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1995 y los párrafos 4 y 5 de la línea presupuestaria B6-7142 del presupuesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1996 que prevén un millón de ecus para la "investigación de la eficacia de otros métodos terapéuticos como la quiropráctica, la osteopatía, la acupuntura, la naturopatía, la medicina china, la medicina antroposófica y la fitoterapia",

- Vistos el informe de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor y la opinión de la Comisión de Asuntos Jurídicos y de Derechos de los Ciudadanos (A4.0075/97),

A. Considerando que una parte de la población de los Estados miembros de la UE recurre a determinadas medicinas y determinados métodos terapéuticos no convencionales y que, por lo tanto, no sería realista ignorar esta situación,

B. Considerando la opinión, compartida por numerosos médicos, según la cual diferentes métodos de tratamiento e incluso diferentes enfoques de la salud y de la enfermedad no se excluyen mutuamente, sino que, por el contrario, pueden utilizarse de forma complementaria,

C. Considerando la importancia de garantizar a los pacientes una libertad de elección terapéutica lo más amplia posible, garantizándoles el mayor nivel posible de seguridad y la información más correcta sobre la inocuidad, calidad, eficacia y posibles riesgos de las medicinas denominadas no convencionales, y de protegerles de las personas no cualificadas,

D. Considerando que el conjunto de los sistemas médicos y disciplinas terapéuticas cubiertos por la denominación "medicinas no convencionales" tienen en común el hecho de que su validez no está reconocida o sólo lo está en parte; considerando que puede calificarse de "alternativo" un tratamiento médico o

quirúrgico que puede aplicarse en lugar de otro, y de "complementario" el tratamiento aplicado como suplemento de otro; considerando que es ambiguo hablar de disciplina médica "alternativa" o "complementaria" en la medida en que sólo el contexto preciso en el que se utiliza la terapia permite determinar si ésta es en un caso concreto alternativa o complementaria; considerando que una disciplina médica alternativa también puede ser complementaria; considerando que en el presente informe el término "medicinas no convencionales" abarca los conceptos de "medicinas alternativas", "medicinas suaves" y "medicinas complementarias", utilizadas indistintamente en algunos Estados miembros para designar las disciplinas médicas distintas de la medicina convencional,

E. Considerando que el médico, con el fin de ofrecer la máxima protección de la salud de sus pacientes, puede utilizar todos los medios y todos los conocimientos en el ámbito de cualquier tipo de medicina en conciencia y según sus conocimientos científicos,

F. Considerando que existe una gran variedad de disciplinas médicas no convencionales y que algunas de ellas benefician de algún tipo de reconocimiento legal en algunos Estados miembros y/o de una estructura organizativa a nivel europeo (formación básica común, código deontológico, etc), en particular, la quiropráctica, la homeopatía, la medicina antroposófica, la medicina china tradicional (incluida la acupuntura), el shiatsu, la naturopatía, la osteopatía, la fitoterapia, etc.; considerando que existe una gran variedad de disciplinas médicas no convencionales, pero que sólo un número limitado de ellas cumplen de modo cumulativo los siguientes criterios, a saber: beneficio de cierta forma de reconocimiento legal en determinados Estados miembros, estructura organizativa a nivel europeo y autorregulación de la disciplina,

G. Considerando el Tratado CE y en particular los artículos 52 a 66 del su Título III, relativos a la libre circulación de personas y al derecho de establecimiento; considerando el obstáculo a estas libertades que supone la heterogeneidad existente en materia de régimen y de reconocimiento de cada una de las disciplinas médicas no convencionales dentro de la Unión Europea; considerando que la libertad de ejercicio de que disfrutaban actualmente algunos profesionales de

la salud en su país en ningún caso debería resultar limitada por una modificación del régimen o del reconocimiento de estas disciplinas a nivel europeo, y que ***tampoco debería limitarse la libertad de elección terapéutica de los pacientes con respecto a los tratamientos médicos no convencionales;*** considerando las disposiciones del Tratado relativas a los Estados miembros y concretamente las contempladas en los apartados 1, 2 y 3 del artículo 57,

H. Considerando que ya se ha producido claramente una evolución con la aprobación en algunos Estados miembros de leyes nacionales que liberalizan el ejercicio de las medicinas no convencionales al mismo tiempo que reservan algunos actos específicos a profesionales autorizados (ley aprobada el 9 de noviembre de 1993 por el Senado neerlandés denominada "Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg"), con la aprobación de una normativa específica (ley sobre los osteópatas, de 1993, y ley sobre los quiroprácticos, de 1994, en el Reino Unido; legislación sobre la quiropráctica en Dinamarca, 1991, en Suecia, 1989 y en Finlandia), con la oficialización de la formación (la quiropráctica en el Reino Unido y en los países nórdicos) y con la introducción de medicamentos en la farmacopea (medicina antroposófica en Alemania),

I. Considerando que una legislación europea en materia de régimen y de ejercicio de las medicinas no convencionales podría constituir una garantía para los pacientes; considerando que cada disciplina debería estar en condiciones de organizar la profesión a nivel europeo (código deontológico, registro profesional, criterios y nivel de la formación),

J. Considerando el hecho de que previamente es necesario identificar de forma clara cada una de las disciplinas médicas no convencionales; considerando que, para ello, ***es conveniente realizar estudios clínicos, evaluaciones de los resultados de los tratamientos, estudios fundamentales (mecanismos de acción) y otros estudios científicos o investigaciones académicas para evaluar la eficacia de las terapias aplicadas, quedando claro que esta evaluación debe realizarse según los métodos adecuados a las diferentes disciplinas,***

K. Considerando el hecho de que la reglamentación y la coordinación de los criterios de formación impuestos a los profesionales que ejercen disciplinas médicas no convencionales constituirían una garantía indispensable para los ciudadanos: considerando que es imperativo, tanto en interés de los pacientes como en el de los facultativos, que esta armonización se realice con un elevado nivel de cualificación, fruto de un riguroso proceso de autorregulación en el seno de la misma profesión y que desemboque posteriormente en la obtención de un diploma estatal que cumpla los requisitos específicos de cada disciplina; considerando que los niveles de formación deben ser adecuados al carácter específico de las diferentes disciplinas médicas no convencionales,

L. Considerando que la formación de los profesionales que ejercen la medicina convencional deberían incluir una iniciación en determinadas disciplinas médicas no convencionales,

M. Considerando el hecho de que la farmacopea europea debe poder incluir toda la gama de productos farmacéuticos y de herboristería de las medicinas no convencionales para poner a disposición de los terapeutas la posibilidad de ejercer correctamente su profesión y, al mismo tiempo, de garantizar a los pacientes que se procederá a una evaluación precisa de los medicamentos no convencionales; considerando que, por estas mismas razones, es necesario revisar las Directivas 65/65/CEE, 75/319/CEE y 92/73/CEE así como el Reglamento 2309/93 por el que se crea la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos, garantizando así a los pacientes la calidad y la inocuidad de las medicinas no convencionales,

N. Considerando que el Consejo, en su Resolución 95/C 350/05, de 30 de noviembre de 1995, sobre los preparados elaborados a base de plantas medicinales⁽³⁾, pide a la Comisión que aclare el régimen jurídico de los preparados a base de plantas medicinales, a la luz de las disposiciones comunitarias sobre especialidades farmacéuticas" y que estudie "los requisitos específicos que deban cumplirse para garantizar la protección de la salud pública",

O. Considerando la exigencia de demostrar la calidad, la eficacia y la inocuidad de los productos terapéuticos objeto de examen y previendo la publicación de estudios monográficos sobre cada uno de los productos,

P. Considerando el hecho de que, teniendo en cuenta el estado actual de la legislación, una ley sobre complementos alimenticios (vitaminas, oligoelementos, etc...) contribuiría a proteger al consumidor sin limitar su libertad de acceso y de elección, y garantizaría al profesional cualificado la libertad de prescribir la utilización de dichos productos,

Q. Considerando la importancia que podría tener el desarrollo y la introducción, donde sea posible, de las medicinas no convencionales en el sector zootécnico a fin de obtener una mejor protección del consumidor contra residuos farmacológicos en los productos cárnicos y una mejora del bienestar de los animales en las actuales explotaciones, también a la luz de la reglamentación inminente de las técnicas de cría biológica,

R. Considerando la necesidad de prever una fase transitoria que permita a cada profesional actualmente en ejercicio conformarse a la nueva legislación, y de crear una comisión de equivalencia encargada de examinar, caso por caso, la situación de los profesionales interesados,

1. Pide a la Comisión que, si los resultados del estudio lo permiten, se comprometa en un proceso de reconocimiento de las medicinas no convencionales y que, para ello, adopte las medidas necesarias para favorecer la creación de las comisiones necesarias;

2. Pide a la Comisión que lleve a cabo un estudio exhaustivo sobre la inocuidad, la eficacia, el ámbito de aplicación y el carácter complementario o alternativo de toda medicina no convencional, así como un estudio comparativo entre los diversos modelos jurídicos nacionales a los que están sujetos los profesionales que ejercen las medicinas no convencionales; pide a la Comisión que utilice ambos estudios como base para el desarrollo de una posible legislación coordinadora sobre las medicinas no convencionales; pide a la Comisión que presente, prioritariamente en relación con las varias disciplinas médicas no

convencionales que benefician de un cierto tipo de reconocimiento y de una organización a nivel europeo, los proyectos de directivas necesarios para garantizar la libertad de establecimiento y la libertad de prestación de servicios de los profesionales que ejercen las medicinas no convencionales (tal como lo preconiza el apartado 3 del artículo 57 del Tratado), así como el libre acceso a los productos terapéuticos necesarios para el ejercicio de su disciplina, y que revise, en consecuencia, la legislación existente relativa a las profesiones médicas y a los productos terapéuticos necesarios para el ejercicio de estas disciplinas;

3. Pide a la Comisión que, con motivo del desarrollo de la legislación europea sobre las medicinas no convencionales, establezca una distinción clara entre las medicinas no convencionales de carácter "complementario" y las denominadas medicinas "alternativas", a saber, las que pretenden sustituir a la medicina convencional;

4. Pide al Consejo y al Parlamento Europeo que al cabo de los trabajos preliminares a que se refiere el apartado 2 del presente informe, favorezcan el desarrollo de programas de investigación en el ámbito de las medicinas no convencionales, combinando el enfoque individual y holístico, el papel preventivo y los caracteres específicos de las disciplinas médicas no convencionales;

5. Pide a la Comisión que informe lo antes posible al Consejo y al Parlamento Europeo sobre los resultados de los estudios y la investigación ya realizados en el marco de la partida presupuestaria B-1742, destinada desde 1994 a la investigación acerca de la eficacia de la homeopatía y otras medicinas no convencionales;

6. Pide a la Comisión que, en el marco de la investigación acerca de la eficacia de las terapias aplicadas en las medicinas no convencionales, vele por que ninguna de estas medicinas, tal como son aplicadas en los Estados miembros, utilice órganos de especies animales amenazadas como medicamento y esté así involucrada en un tráfico ilegal;

7. Pide a la Comisión que presente un proyecto de directiva sobre los complementos alimentarios que están situados a menudo en la frontera entre el

producto dietético y el medicamento. Esta legislación deberá garantizar la buena práctica de la fabricación con vistas la protección del consumidor, sin restringir la libertad de acceso o de elección y asegurar la libertad de todo practicante de la medicina de recomendar tales productos; pide a la Comisión que suprima las barreras comerciales entre los Estados miembros, concediendo a los fabricantes de productos sanitarios la libertad de acceso a todos los mercados de la UE;

8. Encarga a su Presidente que transmita la presente resolución al Consejo, a los Estados miembros, a la Comisión y al Consejo de Europa.

- (1) DO C 183 de 15.7.1991, pág. 322.
- (2) DO L 297 de 13.10.1992, pág. 8.
- (3) DO C 350 de 30.12.1995, pág. 6.

B. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Introducción

Las encuestas de opinión realizadas en diferentes Estados miembros de la Unión Europea confirman, si es que todavía era necesario, el creciente interés de los ciudadanos por las medicinas no convencionales. En los países que disponen de estadísticas, entre el 20 y el 50% de la población utiliza las medicinas no convencionales.

Este interés creciente se debe a una cierta pérdida de favor de la medicina convencional cuyo extraordinario desarrollo tecnológico se ha traducido en un éxito indudable desde el punto de vista médico, pero al mismo tiempo en una desarmonización de la relación médico-enfermo. Además, ***el arsenal de medicamentos sobre el que se basa la medicina convencional es ciertamente eficaz, pero ataca sobre todo los síntomas y a menudo provoca efectos indeseables o incluso graves situaciones de dependencia.***

Se observa una tendencia a la búsqueda de una medicina más humana que se haga cargo del ser humano como tal y no sólo de su patología. De ahí el nuevo interés por terapéuticas tradicionales y remedios más suaves cuyo objetivo

no es tanto destruir un agente patógeno como devolver al cuerpo humano su capacidad de resistencia frente a ese agente.

Sin embargo, esto no significa que las medicinas convencionales y no convencionales se excluyan mutuamente. Por el contrario, ***pueden actuar de forma complementaria*** para aportar un mayor beneficio a los pacientes.

Estas medicinas no convencionales son muy numerosas, por lo que resulta imposible citarlas todas. Pero tienen un punto en común: no están reconocidas por las autoridades médicas o lo están en diferente grado, aunque durante estos últimos años se han realizado intentos, por una parte, para poner en tela de juicio los prejuicios de irracionalidad científica de que son objeto y, por otra, para utilizarlas en experiencias de tratamiento complementario propuestas por algunos médicos a sus pacientes.

2. La legislación en los Estados miembros de la Unión Europea

En materia de cuidados sanitarios, coexisten actualmente en la Unión Europea dos conceptos totalmente opuestos. El primero considera que sólo la profesión médica (los médicos) puede administrar los cuidados sanitarios, cuidar a los enfermos, con la excepción de algunas profesiones a las que se permite realizar algunos actos médicos o paramédicos determinados. Salvo estas excepciones, en los demás casos se produce un ejercicio ilegal de la medicina. Esta visión es la que se ha impuesto en los países del sur, incluyendo aquí Francia, Bélgica y Luxemburgo.

Dicho esto, la existencia de hecho de la práctica de las disciplinas médicas no convencionales en estos mismos países, así como la creciente demanda por parte de los pacientes, ha dado lugar a algunos casos de tolerancia, por ejemplo: en Francia, la acupuntura, reconocida por la Academia de Medicina desde 1950, puede ser practicada legalmente por titulados en medicina; por otra parte, los medicamentos homeopáticos son reembolsados por la seguridad social cuando se administran por prescripción médica.

El segundo, dominante en los países del norte de Europa, adopta el enfoque inverso: toda persona que lo desee puede administrar cuidados sanitarios, pero determinados actos están estrictamente reservados a los médicos que, además, detentan la autoridad y son la referencia en materia de organización de los cuidados y de política sanitaria.

En el Reino Unido y en Irlanda, en virtud del derecho consuetudinario, cualquier persona no cualificada, es decir que no sea médico, puede practicar una terapia a condición de que no pretenda estar en posesión del título de doctor en medicina. Esta situación presenta el gran inconveniente, a falta de reconocimiento legal de las formaciones y de los títulos, de no proteger ni a los profesionales serios y competentes ni a los pacientes frente a personas poco cualificadas o a posibles charlatanes. Esta carencia se solventó en el Reino Unido gracias al "Osteopaths Act" de 1993 y al "Chiropracters Act" de 1994.

En los Países Bajos, se aprobó, en noviembre de 1993, una ley sobre las profesiones relacionadas con los cuidados sanitarios individuales (BIG wet= Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). En principio, esa ley autoriza a cualquier persona a ejercer la medicina. Sin embargo, enumera los actos reservados, es decir, que sólo pueden realizar profesionales autorizados. Además, acompaña la libertad de ejercicio de la medicina con una disposición penal: el perjuicio causado a la salud de un individuo está penalizado.

En Alemania, la libertad de administrar cuidados existe desde 1873 y la profesión de Heilpraktiker (profesional de la salud) está reconocida desde 1939; aunque no se exige ninguna formación específica, hay requisitos como un examen de conocimientos médicos básicos y la inscripción en el registro profesional. Además, tanto los medicamentos homeopáticos como antroposóficos están incluidos en la farmacopea nacional (con una comisión específica creada en 1978 de la que forman parte representantes de la disciplina en cuestión).

Por último, en Dinamarca y en Suecia, las personas que no son médicos y los paramédicos pueden ejercer las medicinas no convencionales dentro de unos límites que establecen las leyes de 14 de mayo de 1970 y nº 409 de 1960. Por

otra parte, la quiropráctica está legalmente reconocida como profesión sanitaria en Dinamarca (ley nº 415 de 6.6.1991), en Suecia (ley nº 1988/89 : 96) y en Finlandia.

3. La legislación comunitaria

La diversidad de enfoques y de legislaciones en los Estados miembros da lugar a un tratamiento desigual de los ciudadanos europeos. Así, el profesional de la salud autorizado oficialmente para ejercer en un país puede sufrir persecuciones penales en otro Estado miembro por ejercicio ilegal de la medicina. Esto es contrario a los principios enunciados en el Tratado de Roma, en particular la libre circulación de personas y la libertad de establecimiento (artículos 52 a 66 del título III del Tratado).

Las profesiones médicas y paramédicas han sido objeto de varias directivas desde 1975, pero no las medicinas no convencionales, si no es de forma indirecta, mediante la aprobación de la Directiva 92/73/CEE relativa a los medicamentos homeopáticos.

Nada impide pensar que los intereses de la industria farmacéutica han prevalecido sobre los de los ciudadanos. En efecto, ¿cómo explicar que todavía no se haya conseguido definir una metodología específica para los ensayos clínicos de los medicamentos homeopáticos, cuando se reconoce que la metodología convencional no está adaptada? ¿cómo explicar, por otra parte, que el Reglamento 2309/93, por el que se crea la Agencia Europea para la Evaluación de los Medicamentos, no incluya los medicamentos homeopáticos, antroposóficos o fitoterapéuticos en los procedimientos descentralizados de aprobación.

Frente a esta carencia, el Parlamento debe pedir a la Comisión que tome las iniciativas necesarias para, de conformidad con el apartado 3 del artículo 57 del Tratado, "coordinar las condiciones de ejercicio de las profesiones médicas y paramédicas". Esto no significa que haya que uniformar las condiciones de ejercicio de las disciplinas médicas no convencionales, pero sí que ***hay que garantizar a todos los profesionales, respetando el principio de***

subsidiariedad, el derecho establecimiento poniendo a su disposición los medios necesarios para el ejercicio de su profesión.

Para ello, es indispensable legalizar y armonizar la situación de los profesionales que ejercen las medicinas no convencionales, fijar las condiciones de formación, incluir los medicamentos correspondientes en la farmacopea europea y prever que los cuidados y los medicamentos corran a cargo de los organismos de seguridad social.

4. Hacia el pluralismo en medicina

Los dos objetivos perseguidos son, por una parte, responder a las exigencias del Tratado de la Unión Europea y a las reivindicaciones legítimas de los profesionales que ejercen medicinas no convencionales y, por otra, responder a una creciente demanda de los pacientes, por lo que hay que adecuar oferta y demanda partiendo de un doble principio de libertad: libertad de los pacientes para elegir la terapéutica que prefieran y libertad de los profesionales para ejercer su profesión.

Es evidente que este doble principio garantiza al paciente la inocuidad y la calidad de los tratamientos dispensados. En cuanto a las disciplinas que ya gozan actualmente de algún tipo de reconocimiento legal en uno o varios Estados miembros y/o de una organización profesional a nivel europeo, la garantía de inocuidad debe considerarse adquirida siempre que las ejerza un profesional competente. En cuanto a su eficacia, ha sido objeto de estudios, en verdad poco numerosos, pero generalmente probatorios, desde el momento en que se acepta ***no limitarse a evaluar la eficacia sobre la base de la metodología y de los criterios en vigor en medicina convencional (fundamentalmente los ensayos clínicos de doble ciego).***

Es así como la quiropráctica está ahora reconocida científicamente como método terapéutico a raíz de varios estudios encargados por las autoridades públicas, en particular por el Consejo de investigación médica de Gran Bretaña, organismo financiado por el Gobierno⁽⁴⁾.

La homeopatía acumula hoy en día pruebas concluyentes de su eficacia, aunque la comunidad científica ortodoxa todavía no esté convencida. Se podrían multiplicar los ejemplos en relación con la acupuntura, la medicina china tradicional, la osteopatía y otros muchos métodos terapéuticos.

Como ha escrito la misma Comisión, la demostración de los efectos terapéuticos "según los métodos científicos generalmente reconocidos no resulta posible o, cuando menos, plantea fuertes polémicas". Esta apertura hacia el pluralismo en medicina ya se ha plasmado de forma concreta en la aprobación de los presupuestos de 1994, 1995 y 1996. En efecto, en la línea presupuestaria B68332 del presupuesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1994 se creó una nueva partida de 1 millón de ecus para investigación en homeopatía; en el antepenúltimo párrafo de la línea presupuestaria B6-7142 del presupuesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1995 se solicitaba un importe de 3 millones de ecus para continuar la investigación sobre la eficacia de la homeopatía, y en los párrafos 4 y 5 de la línea B6-7142 del presupuesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1996 se prevé 1 millón de ecus para la "investigación de la eficacia de otros métodos terapéuticos como la quiropráctica, la osteopatía, la acupuntura, la naturopatía, la medicina china, la medicina antroposófica y la fitoterapia.

Está claro que, para acompañar y legitimar el proceso de reconocimiento de las disciplinas médicas no convencionales, hay que llegar más lejos: organizar el diálogo entre los medios universitarios y los expertos de cada disciplina; realizar programas de investigación pluridisciplinar sobre la base de metodologías definidas en común y de criterios de validez adecuados. Cuando el paciente siente el efecto provocado por un producto médico homeopático, una técnica osteopática u otro tratamiento, no existe necesariamente una causalidad directa. Los estudios clínicos, las evaluaciones de los resultados de los tratamientos y otros estudios científicos o investigaciones académicas son también necesarios para analizar el hecho observado y la relación. La hipótesis es que un producto médico homeopático, una manipulación osteopática o un tratamiento con acupuntura producen un efecto y que esto debe ser demostrable.

Esta necesidad de demostrar el efecto terapéutico no debe desembocar, sin embargo, en una discriminación de las disciplinas no convencionales con respecto a la medicina convencional: numerosas prácticas médicas convalidadas por ésta última lo son más sobre la base de dictámenes emitidos por la profesión médica que sobre la base de estudios científicos rigurosos. No obstante, en principio es correcto afirmar que una división entre "ciencia" y "no ciencia" es a la vez razonable y modificable. En la medida en que un número creciente de tratamientos y de sistemas completos son convalidados científicamente, dejan de ser "no ortodoxos" y pasan a la práctica cotidiana abandonando con ese hecho la esfera de las terapias "no convencionales". En realidad, ***es más inteligente hablar no de una división pura y simple o rígida entre "ciencia" y "no ciencia", sino de una variedad fluctuante de pruebas y de aceptabilidad, tal como se ha podido observar en numerosas ocasiones a lo largo de la historia de la ciencia.***

5. La formación de los profesionales

La garantía de calidad de las medicinas no convencionales debe estar asegurada por una formación adecuada de los profesionales sancionada por la obtención de un diploma. Una vez más, no se trata aquí de uniformizar, dado que el nivel de formación necesario para una cualificación profesional óptima varía inevitablemente de una disciplina a otra.

Algunos sistemas médicos por entero como la homeopatía, la medicina antroposófica, la medicina china tradicional o la naturopatía, por ejemplo, son, en principio, tan amplios y completos en su aplicación como la medicina occidental convencional, aunque los ámbitos de la patología y de la terapéutica que cubren estas diferentes medicinas no son exactamente superponibles. Un número creciente de profesionales de estos sistemas intentan mantener o adquirir su autonomía en cuanto a diagnóstico, tratamiento y asunción de los casos médicos. De igual forma, un número cada vez mayor de pacientes que recurren a estas terapias no consideran a los profesionales que los tratan como especialistas que tratan un dolor o un órgano, sino como generalistas a quienes deciden confiar su salud. Aunque esto no debería excluir una colaboración inteligente con los

médicos convencionales u otros profesionales de medicinas complementarias, requiere un grado de autonomía profesional que implica un elevado nivel de responsabilidad con respecto al bienestar del paciente, y exige una formación tan rigurosa como la que actualmente hace falta para el ejercicio de la medicina occidental convencional. Para ello, los estudios que desembocan en una cualificación profesional completa en estos sistemas deberían y podrían realizarse en una facultad o en un establecimiento privado autorizado y subvencionado por las autoridades nacionales. Esos estudios deben permitir la obtención de un diploma estatal o reconocido por el Estado.

Otras disciplinas, como la reflexología, la aromaterapia, los masajes tradicionales orientales, la iridología, etc., se ejercen de forma que complementan las técnicas terapéuticas más amplias como la medicina occidental convencional, la homeopatía, la fitoterapia, la naturopatía, etc. o complementándose entre ellas, y en general los profesionales no piensan ejercerlas de forma totalmente autónoma. El diagnóstico y las competencias vinculadas al mismo deberían limitarse a la interpretación de los síntomas o de las condiciones ya identificadas por los médicos generalistas (de medicina convencional o de otro tipo). Por consiguiente, sería inoportuno exigir a estos profesionales una formación universitaria completa, aunque hay que prever al menos una cualificación de elevado nivel.

Por último, hay, y habrá todavía durante algún tiempo, profesionales de la homeopatía, de la fitoterapia, de la acupuntura y de otros grandes sistemas médicos que prefieren considerar su papel como complementario del de personas más o mejor cualificadas (muy a menudo, doctores en medicina convencional). Estos profesionales no buscan su autonomía, sino que prefieren confiar los aspectos diagnósticos y de seguimiento médico general de los enfermos a médicos generalistas y, en caso de necesidad, enviarán a los enfermos a consultas hospitalarias. También aquí, parecen inadecuadas unas cualificaciones completas de nivel universitario. Sin embargo, está claro que los profesionales en cuestión deberán poseer un conocimiento amplio del sistema en el que quieran ejercer, sin el cual veríamos aparecer un sistema de dos velocidades, fuente de confusión para los enfermos.

6. Legalizar y armonizar la situación de los profesionales

Más allá de la formación de elevado nivel exigida para practicar las diferentes terapéuticas no convencionales con una garantía máxima de calidad para los pacientes, es fundamental, en esta misma línea, codificar el régimen profesional de los facultativos.

La mayoría de las disciplinas médicas no convencionales, en particular las que se mencionan explícitamente en este informe, ya están organizadas en la mayoría de los Estados miembros e incluso a nivel europeo. Esto significa entre otras cosas que existe un **código de conducta profesional** que define las normas que deben respetar los miembros activos de la profesión así como un registro de los miembros de dicha profesión. A falta de régimen legal, a veces coexisten varias asociaciones profesionales en algunos Estados miembros, cada una de ellas con sus propios códigos de conducta y registros; a fortiori, **aparecen importantes disparidades entre Estados miembros.** (Esto habría que armonizarlo)

Una iniciativa europea, siguiendo la misma lógica que ha presidido la elaboración de las directivas relativas a la libertad de establecimiento y de prestación de servicios para los médicos, los enfermeros, los dentistas y las comadronas, deberá no sólo armonizar el régimen de los profesionales de la salud que ejerzan las disciplinas no convencionales dentro de la Unión Europea, sino también en los Estados miembros en los que no existe actualmente ningún tipo de reconocimiento legal. Este reconocimiento no puede definirse bajo la tutela de la profesión médica y de sus órganos representativos nacionales y europeos, en la medida en que estas "nuevas" disciplinas médicas adoptan un enfoque autónomo (holístico) y específico (ámbito de conocimientos diferentes).

La creación de comisiones de expertos en las que estén representados, de forma paritaria, los que ejercen la disciplina en cuestión y los representantes de la profesión médica es una respuesta que parece adecuada para evaluar la eficacia de los métodos terapéuticos, definir el ámbito de responsabilidad y las prácticas reservadas, y pronunciarse sobre el reconocimiento de los diferentes tipos de medicinas o terapéuticas no convencionales. En lo que se refiere a su

organización interna (código deontológico, registro profesional, armonización en materia de formación de los profesionales actualmente activos), cada disciplina debe poder actuar de forma autónoma.

7. Ampliar el ámbito de acción de la seguridad social

La falta de régimen legal de las disciplinas médicas no convencionales en la mayoría de los Estados miembros hace más difícil que puedan correr a cargo del sistema de seguridad social existente. A este respecto se han desarrollado en la Unión Europea **dos enfoques**. **El primero consiste en integrar en parte algunas de estas disciplinas**; es el caso, por ejemplo, de Francia, donde los medicamentos homeopáticos son reembolsados por la seguridad social, mientras que la homeopatía no goza de ningún tipo de reconocimiento legal y las prestaciones de los homeópatas no son objeto de una tarifa de reembolso diferenciada. **El segundo enfoque, mucho más extendido, contempla la intervención de las compañías privadas de seguros que aceptan la creación de un sistema paralelo de reembolso.**

Ninguno de esos dos enfoques es duradero. El primero, debido a su incoherencia, el segundo, porque su generalización se inscribe en una lógica de privatización de la seguridad social peligrosa para la evolución de la sociedad.

Es lógico que, en cuanto se reconozca que una terapia es eficaz, se garantice su reembolso por parte de la seguridad social. No puede haber libre elección terapéutica para los pacientes, aunque se produzca un reconocimiento legal de las disciplinas médicas no convencionales, si hay discriminaciones en cuanto al nivel de reembolso por la seguridad social.

Todos los regímenes europeos de seguridad social arrastran graves déficits. Sin embargo, esto no debe justificar una exclusión de las medicinas no convencionales, ya que su inclusión, entre otras cosas en sus aspectos preventivos, debe formar parte de una reforma global de los sistemas de seguridad social que podría plantear un mecanismo de reembolso basado en las previsiones de coste global de una enfermedad y no sólo en el coste de los tratamientos o los medicamentos.

Después, todo terapeuta que desee suscribir un convenio debe someterse a las mismas obligaciones, aceptación de baremos médico-mutualistas y control de la conveniencia del tratamiento y de las prescripciones. Sin embargo, este control deben ejercerlo expertos de la profesión en cuestión.

Debe reservarse a los médicos y a quienes ejercen medicinas no convencionales, si así lo desean, la posibilidad de no suscribir convenios médico-mutualistas, siempre que se informe de ello a los pacientes de forma clara y con antelación. Por otra parte, no se puede excluir la posibilidad de que los pacientes que lo deseen suscriban contratos con compañías privadas de seguros para que los gastos médicos no reembolsados corran a cargo de éstas.

8. Incluir los remedios de las medicinas no convencionales en la farmacopea europea

La farmacopea europea, tal como la elaboró el Consejo de Europa, debe abrirse a otras farmacopeas, en particular a las plantas medicinales de la medicina china.

De nada sirve legislar en materia de régimen de las medicinas no convencionales, si al mismo tiempo no se concede a los facultativos la posibilidad de disponer de la gama de productos terapéuticos que consideren indispensables. Más aún en la medida en que el elevado nivel de formación previsto debe poder eliminar los temores relativos a los riesgos de una mala utilización de los medicamentos. En este contexto resulta necesario revisar las Directivas 65/65/CEE y 75/319/CEE. Esta revisión deberá prever la libre circulación de todos los medicamentos, cualquiera que sea su naturaleza, siempre que hayan sido aprobados por una de las medicinas no convencionales según sus propios criterios. Esta revisión también deberá afectar al contenido de los protocolos de identificación de las materias primas que se utilizan en la fabricación de los medicamentos. Además de las pruebas biológicas, habría que incluir la realización de análisis macroscópicos y cromatográficos. Por otra parte, una comisión de evaluación compuesta, para cada Estado miembro, por profesionales cualificados de las disciplinas médicas no convencionales, investigadores, representantes de los productores farmacéuticos y asociaciones de consumidores competentes en la

materia, y por representantes de la Comisión, dará su acuerdo sobre los criterios de calidad de los productos, así como sobre las normas de eficacia e inocuidad en las que se basarán las monografías que se publiquen en la farmacopea europea. Hay que adaptar, en la misma línea, el Reglamento 2309/93 por el que se crea la Agencia Europea para la Evaluación de los Medicamentos.

Además, habrá que añadir al arsenal jurídico existente, una norma europea relativa a los complementos alimenticios que a menudo se encuentran en el límite entre el alimento dietético y el medicamento. Esta norma deberá garantizar una mayor calidad con vistas a la protección del consumidor y evitar, en razón del vacío jurídico actual, que se inicien juicios por ejercicio ilegal de la farmacia contra fabricantes y/o vendedores de dichos complementos.

No obstante, la Comunidad ha de estar atenta a las importaciones procedentes de países terceros en los cuales los mismos productos están regulados por legislaciones diferentes. Habrá que garantizar la posibilidad de exigir a los importadores transparencia en cuanto a los componentes de una especialidad farmacéutica y a su calidad, a falta de lo cual, la Comunidad deberá prohibir la importación de productos procedentes de países que se nieguen a aplicar normas de calidad y precisión indispensables.

9. Garantizar la transición

Está claro que la armonización no podrá realizarse de la noche a la mañana. Por ello, habrá que establecer una moratoria que permita suspender las diligencias judiciales por ejercicio ilegal de la medicina que se realizan actualmente en algunos Estados miembros (en particular en Francia) contra profesionales que ejercen disciplinas no convencionales mencionadas en el presente informe. Por otra parte, no se puede excluir a todos los que hasta la fecha han optado por una de esas especializaciones y las ejercen. Por consiguiente, habrá que crear una comisión de equivalencia, formada por expertos de la disciplina en cuestión y por docentes académicamente cualificados, que se encargará de examinar, caso por caso, la situación de las personas interesadas y sus diplomas, así como las armonizaciones eventualmente necesarias.

1) Por medicinas no convencionales se entiende, por oposición a los conceptos de medicinas alternativas y/o complementarias que se utilizan en el marco de la medicina convencional (por ejemplo, el término "alternativo" se utiliza corrientemente para describir un tratamiento médico que puede sustituir a un tratamiento quirúrgico y a la inversa) aquellas disciplinas o prácticas médicas como la antroposofía, la homeopatía, la medicina china y la naturopatía, que constituyen sistemas médicos por entero, que están basadas en conceptos teóricos y/o filosóficos y que consideran que la enfermedad es menos el resultado de la acción de agentes externos que un desequilibrio del organismo

(2) El Heilpraktiker puede, si cuenta con una autorización (Erlaubnis), practicar las disciplinas no convencionales

(3) Es, concretamente, el caso de la homeopatía, la fitoterapia, la medicina antroposófica, la naturopatía, la acupuntura, la medicina china tradicional, la osteopatía y la quiropráctica.

La PROPUESTA DE RESOLUCIÓN, presentada, sobre la medicina alternativa (o no tradicional) fue la que sigue:

El Parlamento Europeo,

A. Considerando que una proporción considerable de la población (del 18% al 75%, según el país) tiene acceso a métodos de tratamiento alternativos,

B. Considerando que deberían adoptarse medidas para garantizar a los pacientes el libre acceso al tratamiento de su elección, con todas las garantías necesarias,

C. Considerando que una normativa europea relativa al ejercicio legal de la medicina alternativa sería una de estas garantías,

D. Considerando que los sistemas de seguridad social pueden cubrir tanto la libre elección de tratamiento como otras posibilidades, y que éstos no deberían dispensar un trato discriminatorio al reembolso de servicios y medicamentos relacionados con la medicina alternativa,

E. Considerando que para garantizar el derecho de establecimiento de las personas deberán suprimirse las restricciones, tal y como se señala en el apartado 3 del artículo 57 del Tratado, mediante la coordinación de las condiciones exigidas para el ejercicio de las profesiones médicas, paramédicas y farmacéuticas en los diferentes Estados miembros,

1. Insta a la Comisión a que adopte las medidas necesarias para armonizar los estatutos de las distintas disciplinas de medicina alternativa;

2. Insta al Consejo a que elabore una normativa al respecto para garantizar a los pacientes la libre elección de tratamiento con todas las garantías necesarias, y al personal médico el derecho de establecimiento de forma adecuada;

3. Insta al Consejo a que recomiende a los Estados miembros la inclusión de la medicina alternativa en los sistemas de seguridad social.

Existen numerosos estudios que avalan el crecimiento de este tipo de terapias entre la población. Así encuestas realizadas en Estados Unidos al respecto certifican que entorno al 48% de la población había utilizado, o utilizaba, habitualmente estos métodos terapéuticos. En España se puede constatar un aumento considerable de su utilización en los últimos diez años. Según datos del propio Ministerio de Hacienda, se llevan a cabo alrededor de 300.000 consultas diarias en nuestro país.

10) USO DE LAS TERAPIAS EN ESPAÑA

En España, el 6 de mayo de 2008 COFENAT junto con CONAMAD, S. Coop. (España) y TENACAT (Cataluña), el Observatorio de las Terapias Naturales, presentó, por primera vez, un estudio de mercado sobre el “Uso y Hábitos de Consumo” de las Terapias Naturales en España.

El estudio fue elaborado mediante una encuesta cualitativa con 5 reuniones de grupo en Barcelona y Madrid y otra encuesta cuantitativa realizada a 2000 personas del estado español desvela, las siguientes conclusiones:

1. El 95,4% de la población española conoce alguna Terapia Natural.
2. Las Terapias más conocidas por los españoles son: yoga, acupuntura, taichi, quiromasaje,homeopatía.
3. El 23,6% de la población española ha utilizado alguna vez las terapias naturales.
4. Las Terapias más utilizadas por los españoles son: yoga, acupuntura, quiromasaje,.Reflexología.podal.y.tai-chi.
5. Perfil de los usuarios de las Terapias Naturales en España:
 - Mayor porcentaje de mujeres que hombres.
 - Clase media alta/alta.
 - 36 a 45 años.
 - Áreas metropolitanas.
6. Grado de satisfacción con el uso de las Terapias Naturales: 4,18 sobre 5.
7. En el año 2007, un 12,9% de la población española han utilizado las Terapias Naturales.
8. Dinamismo del sector en los últimos años.
9. El concepto de Terapias Naturales presenta una imagen beneficiosa desde el punto de vista anímico-emocional como físico.
10. La dispersión de informaciones y estímulos que llegan al público, dificultan la permeabilidad de conceptos.
11. Los profesionales no son siempre un soporte firme. Pueden presentar problemas de cualificación, credibilidad o praxis.

Con este estudio, se pretende dar a conocer a la opinión pública la realidad actual de las Terapias Naturales en España y de esta manera volver a introducir el debate sobre la necesidad de regular el sector de las Terapias Naturales en las agendas políticas y sociales, definitivamente.(116) (117)

11) TERAPIAS EN CATALUÑA

Teniendo en cuenta la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005., el 17 de Marzo de 1999 el Parlamento de Cataluña instó al Gobierno Catalan para la constitución de una comisión de expertos para estudiar la regulación de las medicinas no convencionales, cuyos trabajos culminaron con la publicación del Decreto del 31 enero 2007 por el cual se regulaba el ejercicio en Cataluña de una relación de 13 especialidades de las terapias naturales, entre ellas Naturopatia, Homeopatia, Acupuntura y Terapias tradicionales chinas, Quiromasaje, etcetera.

Durante estos ocho largos años, se han sucedido multitud de iniciativas en favor de las terapias naturales, algunas de ellas, por desgracia abortadas.

Pero existió voluntad política para lograrlo, y se pudo responder positivamente a la Resolución 870 del Parlamento de Cataluña que en definitiva reflejaba la voluntad popular de poder utilizar las terapias naturales con todas las garantías de seguridad y de eficacia, segun establecía la citada directiva de la OMS que más adelante estudiaremos.

Como es sabido, y ya he comentado anteriormente, las terapias naturales tienen unas características que las diferencian claramente de la medicina alopatica. Tienen una orientación preventiva, no agresiva y más humanista, considerando al paciente como un ser con cuerpo y mente intimamente interrelacionados. Son terapias sostenibles y ecológicas, utilizadas desde hace siglos en forma intuitiva en todas partes del mundo, que requieren poca o nula inversión económica y con escasas contraindicaciones y nulos efectos secundarios.

Por lo tanto, y gracias al citado Decreto, se esperaba que superadas con buen tino, en breve se pudieran ver ambas medicinas trabajando conjuntamente, como a ocurrido, en pruebas piloto oficiales en el Hospital de Mataró con resultados muy esperanzadores.

Fueron muchas las personas que preguntaban cuando podrían solicitar a la Seguridad Social ser tratadas por profesionales y tratamientos de la Medicina Natural. Desde hace años existen profesionales naturistas en nuestro país bien preparados para responder positivamente a este reto. (81)

El Departament de Salut de La Generalitat de Catalunya decidió regular la situación de las terapias naturales a través del “DECRETO 31/2007, de 30 de enero, por el que se regulaban las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales.

Cataluña fue pionera en Europa con este decreto, en la regulación del sector de las terapias naturales (75)

El departamento de Salud, mediante este decreto, inició un proceso de reconocimiento de la utilización de otras terapias diferentes a las de la medicina convencional o alopática con la seguridad que la sinergia de ambas produciría una mejora del bienestar de las personas. (8) (2007)

Los argumentos a favor de que se emitiera este decreto eran los siguientes:

En Catalunya ejercen cerca de 6.000 terapeutas que aplican una amplia gama de prácticas naturales o manuales, desde la acupuntura china hasta la homeopatía o la osteopatía, con las que corrigen o alivian malestares óseos, musculares o del estado de ánimo, y que tienen en común la situación de ilegalidad en que se aplican. Esos terapeutas, que pagan impuestos pero no están reconocidos por ningún organismo oficial, deberán acogerse al proceso de regulación que la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya iniciará el próximo año.

Esta decisión, sin precedentes en España, busca orientar a los usuarios y homologar como miembros del sector de la salud a quienes practican unas terapias —médicos, enfermeras y fisioterapeutas, y profesionales sin estudios oficiales de las ciencias de la salud— que, como explicó en julio de 2005 la consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya, Marina Geli, son utilizadas de forma continua o esporádica por más de un 30% de la población catalana.

El criterio que unifica a las terapias naturales, según describe la Conselleria de Salut de la Generalitat, es su intención de potenciar la capacidad regeneradora y autocurativa de las personas. Todas las terapias se basan en el principio de que armonizando el cuerpo y la mente se restaura la salud o se evitan enfermedades, y recurren a estímulos o materias naturales (agua, aire, sol, plantas medicinales...) o manuales para conseguirlo.

Acreditación y registro obligatorios

La regulación anunciada se llevó a cabo con la elaboración del citado decreto que debía reconocer la validez terapéutica de los profesionales que acreditaran una formación y experiencia suficientes, o que demostrasen su capacidad ante la comisión del Institut d'Estudis de la Salut (IES). Este instituto, que ha consensuado su actuación con los colegios de médicos, enfermeras y fisioterapeutas, debería acreditar al centro en el que se ejerciera la terapia.

El decreto trataría los temas que permitieran el desarrollo normativo de esta profesión: las competencias y contenidos curriculares así como su sistema de evaluación, el establecimiento de criterios para ser formador, y los requerimientos generales para la práctica de terapias naturales. En cuanto a este último punto, el decreto incluiría la obligación de los centros de inscribirse en un registro y establecería que los/as prácticos/as, antes de realizar una asistencia, informáran por escrito y de forma comprensible al usuario de que la actividad era parasanitaria, así como de las indicaciones y posibles contraindicaciones de tal tipo de prácticas.

Se pretendía pues legalizar, acreditar y regular un sector ampliamente utilizado por la población. Porque como dijo en su momento Rafael Manzanera, director de Recursos Sanitarios en Salut. "En estos momentos, desconocemos cuántos de esos 6.000 terapeutas son excelentes o poco cualificados, aunque debe haber de todo --afirmó Manzanera--. Nuestra intención es regular unas materias con amplia tradición fuera de España, que son utilizadas por muchísimos enfermos como complemento de sus tratamientos convencionales".

Las terapias que regulaba el decreto eran:

- a) Naturopatía
- b) Naturopatía con criterio homeopático
- c) Acupuntura
- d) Terapia tradicional china
- e) Kinesiología

- f) Osteopatía
- g) Shiatsu
- h) Reflexología podal
- i) Espinología
- j) Drenaje linfático
- k) Quiromasaje
- l) Diafreoterapia
- m) Liberación holística de estrés con técnicas de kinesiología

Como vemos, mediante el nuevo texto, se regulaban los tres grupos principales de terapias naturales: la medicina tradicional china, el naturismo y la homeopatía, y las terapias naturales.

Más concretamente, el decreto contemplaba la regulación de la acupuntura (inserción de agujas en determinados puntos del cuerpo para restablecer el equilibrio del sistema energético vital); la osteopatía (para recuperar la integridad estructural ósea utilizando técnicas manipulativas); el shiatsu (masaje de origen japonés).

Por otro lado, aunque quizás menos conocidas, se regulaban otras terapias como la reflexología podal (manipulación mediante masaje de pies, donde se reflejan órganos y sistemas del cuerpo humano), y la espinología (manipulaciones vertebrales en la espina dorsal para corregir las desviaciones que interfieran en el flujo de energía vital).

El drenaje linfático (masajes con el fin de eliminar toxinas) es otra de las prácticas reguladas en el decreto, junto a la kinesiología (evaluación de los músculos para conocer el nivel de estrés), y la liberación holística de estrés con técnicas de kinesiología (masaje suave y rítmico con ayuda de música y aceites aromáticos).

Por último, se regulaban igualmente las terapias de quiromasaje (técnicas manuales para mitigar las tensiones musculares de tensión o bloqueo energético) y la diafreoterapia (un conjunto de ejercicios de estiramiento muscular global, sobre todo de desbloqueo de diafragma).

Pero mientras UGT exigía a la Consejería de Salud de la Generalitat catalana celeridad en el desarrollo del decreto de terapias naturales , el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (TSJC) decidía en junio de 2007 frenar la norma de forma cautelar al observar la posibilidad de que vulnerara competencias exclusivas del Estado, tales como la regulación de las condiciones para la obtención, expedición y homologación de títulos profesionales, recogida en la Constitución.

La suspensión cautelar se centró en los aspectos que se referían a la naturopatía con criterios homeopáticos, respondiendo al recurso presentado por la Academia Médico Homeopática de Barcelona, en el que se aducía que el decreto podría causar perjuicios irreparables al autorizar a sujetos no licenciados en Medicina o Cirugía, recetar fármacos homeopáticos antes del diagnóstico. (72)

Las reacciones a esta decisión no se han hecho esperar. Mientras UGT denuncia la parálisis administrativa, la Generalitat guarda un prudente silencio, que contrasta con las declaraciones del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, o el de Fisioterapeutas, quienes celebran sin paliativos la suspensión cautelar del decreto. Según Isabel Giralt, presidenta de la sección de médicos acupuntores del COMB, el auto del TSJC no es más que el inicio del fin de "un decreto desastroso que no ha tenido en cuenta las leyes de garantías sanitarias", mientras que Francesc Escarmis, decano del Colegio de Fisioterapeutas, declara que esta decisión puede afectar al resto de puntos del decreto y a todas las competencias que se querían reglamentar. (71)

Discrepancias entre administración y médicos

Como ha ocurrido en el resto de la Unión Europea (UE), el sector de las terapias naturales ha crecido de manera exponencial en Catalunya en el último decenio. Este fenómeno ha llevado a los colegios de médicos a crear secciones de acupuntura y homeopatía, que agrupan a los doctores que suman a su formación universitaria la práctica de dichas terapias. Esos profesionales defienden que

ambas especialidades, que requieren un diagnóstico, sólo sean aplicadas por los médicos. Así lo reiteraron ante la consellera Geli.

Salut discrepa y asegura que ese criterio no es compartido en el resto de la UE. "No sólo los médicos están capacitados para hacer diagnósticos", afirmó Geli. "Fuera de España --dijo--, se reconoce esa facultad a enfermeras o fisioterapeutas. Podíamos haber metido la cabeza bajo el ala dejando que este sector siga actuando sin amparo, pero hemos decidido confiar en unos terapeutas que son profesionales de la salud, aunque no estén acreditados". (70)

El Ministerio de Hacienda reconoce a los profesionales de las terapias naturales con el objetivo de recaudar los impuestos que genera el ejercicio de su profesión, pero el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Ciencia ignoran totalmente a estos profesionales, su actividad y a los estudios realizados por los mismos. Un colectivo que actualmente está formado por más de 40.000 terapeutas que ejercen su profesión bajo una indefensión total y sin ningún tipo de regulación al respecto.(68)

Se entiende como terapias naturales aquellas que estimulan la capacidad del propio organismo para combatir situaciones consideradas anómalas.

A partir de los últimos años, se ha producido un incremento considerable del uso de las terapias naturales y no convencionales. Llama la atención el hecho de que este fenómeno tenga lugar en aquellos países donde la medicina convencional está más avanzada, como Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Francia, etc

La Generalitat proponía un decreto que regularía alrededor de 3.500 establecimientos, 5.000 prácticos y 60 escuelas de terapias naturales.

Según un estudio del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, siete de cada diez pacientes crónicos utilizan las terapias naturales en Cataluña y su uso va en aumento. Así, sólo en Cataluña operan cerca de 3.500 establecimientos, 5.000 prácticos y 60 escuelas de terapias naturales. Por todo ello, la Generalitat ha decidido afrontar la regulación del sector con un decreto pionero en Europa que pretende establecer los requisitos técnicos necesarios y la formación específica

que han de acreditar estos establecimientos, escuelas y profesionales que lo ejercen, además de aprobar la creación de la Comisión Asesora para la Regulación de las terapias naturales, que englobará a colegios profesionales, entidades representativas del sector y usuarios.

El nuevo texto regulaba los requisitos que habían de cumplir los establecimientos; el procedimiento de autorización de práctica de terapias naturales; los requisitos del personal no sanitario; la formación y evaluación de los conocimientos y competencias de este personal; los requisitos de acreditación de los centros de formación; la creación y regulación de diversos registros asociados al control de las autorizaciones y acreditaciones otorgadas, y el régimen de control y sancionador en el ámbito de las terapias naturales. Se regularía también la formación específica para llevar a cabo la práctica de terapias naturales que se había de impartir en centros de formación acreditados, bajo la docencia de personal con formación acreditada.

La acreditación para la aplicación de una o varias terapias naturales correría a cargo del Instituto de Estudios de la Salud, que habilitaría las prácticas para valorar el estado de los pacientes y aplicar así la terapia correspondiente siempre que no hubiera patología diagnosticada que lo contradigese o alerta que recomendará la atención dentro del sistema sanitario.

Mediante el nuevo texto, se regulaban la medicina tradicional china, el naturismo y la homeopatía, y las terapias naturales. El decreto contemplaba la regulación de la acupuntura, la osteopatía, el shiatsu. Por otro lado, se regulaban la reflexología podal, espinología, drenaje linfático, kinesiología y por último, las terapias de quiromasaje y la diafreoterapia. (9)

Ver anexo: Detalles en la Regularización: el Decreto de la Generalidad de Cataluña, 2007-08

12) OTRAS EXPERIENCIAS CON TERAPIAS NATURALES

Paralelamente al proceso de regulación del decreto de terapias, en septiembre de 2005 la Generalitat inició un proyecto piloto en el Hospital de Mataró sobre el

funcionamiento y la efectividad de las terapias naturales aplicadas en un colectivo de pacientes definidos para tres ámbitos de aplicación: enfermos oncológicos, dolor de espalda crónico y dolor de espalda en el ámbito laboral, para mejorar el tratamiento de la dorsalgia y la cervicalgia crónicas. Y Marina Geli ya ha presentado los resultados del Programa piloto de terapias naturales del Hospital de Mataró

Resultados:

1. Los pacientes atendidos ven disminuir la intensidad del dolor en un 50%.
2. El consumo habitual de analgésicos se reduce en un 40%.
3. Los pacientes valoran la atención recibida como excelente.

Se trata de una experiencia pionera que combina acupuntura y osteopatía en pacientes con cervicalgia y dorsalgia crónicas. Estos pacientes reciben tratamiento convencional combinado con sesiones pautadas, de forma individualizada, de acupuntura y de osteopatía durante un período de tres meses.

En esta experiencia, han participado 268 pacientes con problemas de cervicalgia y dorsalgia crónicas, que han valorado con un nivel de excelente la atención recibida.

Al finalizar el tratamiento (tres meses) se ha constatado que el Programa de terapias naturales ha reducido la intensidad del dolor en un grado cercano al 50% y ha hecho disminuir el consumo habitual de analgésicos en casi un 40%.

En el momento de finalizar la intervención, a los tres meses, se ha constatado una mejora de la capacidad funcional de las personas afectadas, del 33%, y una mejora del bienestar psicológico, del 11%.

Seis meses después de haber finalizado la intervención del Programa piloto, se ha observado una cierta tendencia a la reaparición de los síntomas, sin llegar a los niveles iniciales.

Programa piloto de terapias naturales

Autora: Ester Burrel Serrat

Durante tres meses los enfermos son atendidos en la Unidad de Terapias Naturales del Hospital de Mataró y realizan doce sesiones (una por semana) de acupuntura y osteopatía.

El objetivo de este Programa piloto es conocer el impacto de una intervención que combina acupuntura y osteopatía en pacientes con cervicalgia y dorsalgia crónicas. Los enfermos reciben tratamiento convencional y son atendidos siguiendo los procesos médicos habituales, de acuerdo con los criterios clínicos del médico especialista y las recomendaciones internacionales recogidas en las guías de práctica clínica.

La participación en este proyecto implica, para todos los pacientes, una primera visita en la cual se recogen datos sobre su enfermedad; también se les hace responder unos cuestionarios para valorar el dolor, la funcionalidad y la calidad de vida de estos pacientes. Después, a los tres y nueve meses del inicio del estudio, se les hacen visitas de control en las cuales se valoran, de nuevo, los indicadores iniciales.

Las terapias naturales se pueden definir como un conjunto de terapéuticas médicas y prácticas diversas que velan por la salud y que tienen como objetivo restablecer el equilibrio físico y mental del organismo. En este Programa se utiliza la acupuntura y la osteopatía.

La acupuntura es una terapia energética, especialidad de la medicina tradicional china, que pretende estimular las capacidades naturales de curación del propio organismo. Se lleva a cabo con agujas ultrafinas o con elementos térmicos aplicados a diferentes partes del cuerpo.

La osteopatía es una terapia basada en manipulaciones vertebrales y articulares destinadas a la reposición de estructuras articulares. Se puede aplicar a cualquier patología del aparato locomotor y muscular (artritis, artrosis, alteraciones de la columna, etc.).

Al acto de presentación, también han asistido el director del Observatorio de Terapias Naturales, Alfons Vinyals, la coordinadora de la Unidad de Terapias

Naturales del Hospital de Mataró, Natàlia Flores, y la directora de la Coordinadora de la Unidad de Usuarios de la Sanidad, Carme Sabaté. (73)

En octubre del 2007, FENACO declaraba: "los Servicios de Naturopatía ahorran más de 100 millones de euros anuales al sistema publico de sanidad"

Este ahorro supone un alivio en el coste de la prestación farmacéutica, ya que las personas que acuden a los Servicios de Naturopatia, que son centros privados no recurren a las prestaciones de la receta de la Seguridad Social.

El sistema sanitario público padece "una falta de recursos económicos" y lo demuestra "el interminable problema de las colas de espera". Ello conlleva que el gasto aumente de modo "imparable" año tras año, por lo que recurrir a los Servicios de Naturopatía no solo supone un beneficio para el ciudadano sino también para la Administración; por tanto la colaboración exigida en esta materia es fundamental y básica para una mejora en la atención a la salud de los ciudadanos que deseen hacerlo con Métodos Naturales y Procedimientos de Salud, con el menor gasto posible para el ciudadano para lo cual poner en marcha desgravaciones fiscales y otras medidas facilitaria aún más el acceso a los Servicios de Naturopatía.

Asi pues desde FENACO, se exigía el reconocimiento de la labor sociosanitaria por Ley, con validez en toda España y dentro del marco de las Ciencias de la Salud (76)

Médicos y enfermeras del 12 de Octubre dan clases de Reiki. El Ramón y Cajal utiliza esta técnica en pacientes con cáncer. Cuando la doctora Araceli García propuso en el hospital 12 de Octubre, donde trabaja como cirujana pediátrica, una charla informativa sobre el reiki -terapia japonesa que sana con las manos- barajó por un segundo la posibilidad de que la tomaran por loca. "Pero pensé que estaba presentando algo que a mí me había servido para encontrarme mejor y se me quitó el miedo al rechazo", cuenta.

Esta terapia consiste en canalizar la energía hacia un punto del cuerpo, colocando las manos encima. La charla, a cargo del presidente de la Federación Española de Reiki, John Curtin, tuvo lugar en enero y fue un éxito. Tanto que, desde verano, más de cien médicos y enfermeras han sido formados en el hospital para dar Reiki.

“Reiki significa energía universal”, explica Curtin. “Es un método de sanación natural que consiste en canalizar energía hacia un punto del cuerpo, colocando las manos encima. El Reiki no cura por sí mismo, pero fortalece nuestra capacidad autocurativa”.

La doctora Araceli García ya ve cómo sus compañeros se aplican Reiki unos a otros para tratar, por ejemplo, dolores de cabeza. “Y algunas enfermeras, con más experiencia, lo usan para ayudar a dormir a niños hospitalizados”, explica.

En el otro extremo de Madrid, los pacientes oncológicos del Ramón y Cajal llevan tres años recibiendo sesiones de reiki cada martes gracias a la asociación Alaia, que se ocupa de los paciente terminales. Justo este otoño, el hospital ha autorizado una investigación sobre los efectos del reiki. “Hemos comprobado que este tratamiento tiene un efecto muy beneficioso en los pacientes, así que ahora queremos revestirlo de un carácter más científico y, por eso, vamos a realizar el proyecto, para tratar de objetivar el efecto favorable de esta técnica”, explica el responsable del atención al paciente, Luis Carlos Martínez Aguado. La sección de enfermería será la encargada de realizar un estudio que durará seis meses y que el hospital espera que sirva para convencer a los escépticos y extender el reiki a otras áreas médicas.

La introducción de terapias naturales en los hospitales para mejorar el estado de salud de los pacientes es una corriente internacional. En Madrid, la Universidad Complutense acoge desde hoy y hasta el domingo, en la Facultad de Medicina y el Hospital Clínico San Carlos, las IV Jornadas sobre el control de las emociones con Flores de Bach para profesionales sanitarios. Por unos días, los médicos no hablarán de aspirinas, sino de estas esencias florales que se muestran como una

opción inocua y de gran efectividad para afrontar trastornos emocionales como el estrés, las fobias, el insomnio o la ansiedad. (77)

El Reiki puede resultar de gran ayuda para personas enfermas. Por eso muchas personas practicantes de reiki pueden decidir col-laborar con asociaciones para proporcionar de manera voluntaria terapia a personas que lo necesiten.

En el mundo hay muchas experiencias. En algunos países reiki es una terapia incluida en el sistema sanitario público. En otros hay multiples experiencias de voluntariado Reiki.

En Madrid, la Fundación Sauce organiza diversas actividades de voluntariado.

En Barcelona, la Associació de Terapeutes de Reiki a Catalunya, está empezando sus actividades de voluntariado y cada vez visitan más sitios, incluido el Hospital de la Vall Hebrón. (78)

Si bien ya hace años que el Reiki viene expandiéndose mundialmente, por su efectividad y simpleza, con efectos ya aceptados por la ciencia, como lo demuestra su aceptación a nivel oficial, a modo complementario de distintos tratamientos para una gran variedad de enfermedades, en particular las de carácter grave en los distintos centros de salud en EE.UU.

Fue uno de los países que evaluó desde un primer momento la efectividad del Reiki, teniendo ya como antecedentes, una técnica similar realizada por una enfermera de Nueva York (de la que ya hemos hablado; Dolores Krieger), la cual desarrollo desde el sentir interior, y su vocación de servicio hacia el prójimo, la cual llamo "*El toque terapéutico*", con resultados excelentes, por lo cual es enseñada hoy a los equipos de enfermería.

Con la suma de estos antecedentes la administración Clinton, legisló la utilización de las terapias alternativas en EE.UU, como tratamientos complementarios, estos son algunos centros y comentarios;

Marilyn Vega, enfermera privada que trabaja en el Hospital Otorrinolaringológico de Nueva York, "el Reiki acelera la recuperación post-quirúrgica, mejora la actitud

mental y reduce los efectos negativos de los medicamentos y de otros procedimientos médicos. Vega, es maestra de Reiki, e incluye el Reiki en su trabajo de enfermera. Como a los pacientes les gusta el Reiki, se ha corrido la voz en el hospital y otros pacientes requieren sus servicios, al igual que parte del staff del hospital. Ha realizado sesiones de Reiki en el Memorial Sloan Kettering Hospital, entre otros a pacientes que recibieron un transplante de médula. Reconociendo el valor del Reiki en el cuidado de los pacientes, 6 médicos y 25 enfermeras han tomado clases con ella.

En Barcelona, el colegio de Enfermería organizó para enero del año 2008, el “I Congreso Internacional de Enfermería en Terapias Naturales y Complementarias”, aunque este evento debió ser suspendido por falta de inscripciones. En la página web podía leerse (7):

Observaciones:

El crecimiento y el desarrollo de una profesión como la de enfermera consiste, entre otras cosas, en incorporar diferentes enfoques al arte y a la ciencia del cuidar.

La perspectiva naturista del cuidar es una de las que se consolida y contribuye significativamente al desarrollo de la orientación cuidadora. Muestra de ello es que la utilización de las terapias naturales se ha incrementado en los últimos tiempos, tanto por la población que la demanda como por los profesionales enfermeros que la practican.

La esencia de ser enfermera, atender a las necesidades de las personas de manera holística, comparte uno de sus objetivos con la perspectiva naturista, que es el establecimiento de una relación terapéutica dirigida a restablecer la armonía de la persona en todas sus dimensiones: el cuerpo, la mente y el espíritu.

También desde el Departamento de Salud del Gobierno de la Generalitat de Catalunya se ha estado trabajando para regular la ordenación del sector de estas prácticas naturistas y se ha impulsado, de forma experimental, la integración dentro de los servicios de salud públicos.

Así pues, en este contexto social y profesional, el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, sensible a las inquietudes de las enfermeras que representa, pero también recogiendo el sentir de la ciudadanía, organiza el I Congreso Internacional de Enfermería en Terapias Naturales.

Nos complace que haya sido esta ciudad que mira al Mediterráneo la que acoja este encuentro de enfermeras. Un espacio en el que podrán compartir, debatir y aprender cómo son diferentes “miradas” naturales del cuidar y contribuir así a un mayor desarrollo de nuestra profesión.

Resumen:

- Reconocer la aportación de las terapias naturales en los cuidados enfermeros.
- Contribuir a la mejora de los cuidados enfermeros con la incorporación de los instrumentos complementarios.
- Compartir experiencias entre profesionales enfermeros.
- Conocer la formación y el desarrollo de las terapias naturales en otros países.
- Estimular la inclusión de las terapias naturales dentro del currículo formativo de los estudios enfermeros.

Por último me gustaría añadir que hay oferta formativa de postgrado en terapias naturales y/o alternativas por parte de los colegios de enfermería y de médicos de Barcelona

13) RECURSOS EN LA RED DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA (115)

Este sitio fue recopilado usando una serie de fuentes incluyendo los recursos en la red enumerados abajo, pero no es nuestra intención el sustituir o reemplazar el consejo médico profesional que usted recibe de su médico o médicos. El contenido proveído aquí tiene un propósito informativo únicamente, y no está diseñado para diagnosticar o tratar un problema de salud o una enfermedad. Por favor consulte con su médico para aclarar cualquier pregunta o preocupación que usted pueda tener acerca de su condición.

Esta página contiene enlaces con sitios de la Red en el ámbito Mundial que contienen información acerca de la medicina complementaria y alternativa. Nosotros esperamos que estos sitios le sean útiles, pero por favor recuerde que nosotros no controlamos o endosamos la información presentada en estos sitios de la Red, así como ellos no endosan la información presentada en nuestro Sitio. Algunos de estos sitios podrían tener información en español.

American Academy of Medical Acupuncture (Academia Estadounidense de Acupuntura Médica)

American Cancer Society (Asociación Americana del Cáncer)

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) (El Centro Nacional de la Medicina Complementaria y Alternativa)

Medicina alternativa

El término medicina alternativa designa de forma amplia los métodos y prácticas usados en lugar, o como complemento, de los tratamientos médicos convencionales para curar o paliar enfermedades. El alcance preciso de la medicina alternativa es objeto de cierto debate y depende en buena medida de lo que se entienda por «medicina convencional».

El debate sobre la medicina alternativa se complica aún más por la diversidad de tratamientos que son categorizados como «alternativos». Éstos incluyen prácticas que incorporan fundamentos espirituales, metafísicos o religiosos, así como tradiciones médicas no occidentales, enfoques de la curación recién desarrollados y varios otros. Los partidarios de un tipo de medicina alternativa pueden rechazar otros. (84)

Los detractores de la medicina alternativa pueden definirla también como «diagnósticos, tratamientos o terapias que pueden dispensar personas que no están legalmente autorizadas para diagnosticar y tratar enfermedades», aunque algunos médicos encuentran valor en el uso de terapias como «medicina complementaria».

Buena parte de la comunidad científica define la medicina alternativa como cualquier tratamiento cuya eficacia y seguridad no han sido comprobadas mediante estudios controlados y contrastados. Esta forma de definición no está basada en puntos de vista políticos o protección de competencias, sino que gira exclusivamente sobre cuestiones de eficacia y seguridad. Es por tanto posible para un método dado cambiar de categoría en ambos sentidos según se aumenta el conocimiento sobre su eficacia o ineficacia.

Los límites de la medicina alternativa han cambiado a lo largo del tiempo a medida que algunas técnicas y terapias anteriormente consideradas como «alternativas» han sido aceptadas por la medicina convencional. Lo opuesto es igualmente cierto, con métodos de los que se pensaba que eran eficaces descartados cuando se descubre que su única eficacia se debía al efecto placebo, o cuando se halla que sus efectos secundarios hacen que la relación seguridad-beneficio sea desfavorable.

Esta tendencia al cambio constante en la medicina científica es considerada por algunos partidarios de la medicina alternativa como un signo de debilidad. Los científicos, por otra parte, consideran esta capacidad de cambiar opiniones basándose en nuevos conocimientos como una de las mayores fortalezas de la medicina moderna. Consideran la perseverancia en usar métodos antiguos como señal de aviso de una posible falta de voluntad para aprender o cambiar según mejora el conocimiento:

«En las pseudociencias, un desafío a un dogma aceptado suele ser considerado un acto hostil, hasta una herejía, y conduce a amargas disputas e incluso cismas.»

«La ciencia avanza acomodándose al cambio a medida que se obtiene nueva información. En ella, la persona que demuestra que una creencia generalmente aceptada es errónea o incompleta es considerado probablemente más un héroe que un hereje.»

¿Un término engañoso?

Varios defensores y críticos de las terapias alternativas creen (por razones muy diferentes) que el término «medicina alternativa» es engañoso:

- Algunos defensores creen que las terapias occidentales son las «alternativas», pues fueron precedidas por las terapias tradicionales. Otros creen que el término fue inventado por los defensores de la medicina alopática como un intento de desacreditar las terapias naturales
- Algunos críticos afirman que ocurre lo contrario:

«"Medicina complementaria y alternativa" es un término comercial impreciso que resulta inherentemente engañoso. Los métodos "alternativos" se describen aproximadamente como las prácticas ajenas al sistema sanitario convencional. Carecen de evidencias sobre su seguridad y eficacia y no suelen estar cubierta por los seguros médicos. La "medicina complementaria" se describe aproximadamente como una síntesis de los métodos estándar y alternativos que usa lo mejor de ambos. En realidad, no hay "alternativas" a la evidencia objetiva de eficacia y seguridad.»

NCAHF

Un método cada vez más común con el que los críticos expresan su escepticismo sobre la terminología es usar el acrónimo sCAM, que significa so-Called Alternative Medicine, en inglés 'presunta medicina alternativa', y juega con el acrónimo CAM (de Complementary and Alternative Medicine, 'medicina complementaria y alternativa') y la palabra scam, 'timo'. Este acrónimo ha sido deliberadamente diseñado por los escépticos para revelar lo que ellos ven como «el engaño y la inexactitud inherentes a la jerga popular que se usa para describir y promocionar métodos terapéuticos no probados o refutados.»[3] Estos críticos consideran que la expresión comúnmente usada «medicina alternativa basada en pruebas» es un oxímoron. Afirman que si un método ha sido probado adecuadamente, entonces no debe volver a ser considerado ni clasificado como «medicina alternativa». Su uso del acrónimo sCAM es un intento por combatir este mal uso, y por evitar los que ven como una condena de la medicina moderna.

Los críticos de las terapias alternativas afirman que no son eficaces y por lo tanto no son una alternativa legítima a la medicina convencional. Richard Dawkins, profesor de Public Understanding of Science en la Universidad de Oxford, define la medicina alternativa como «ese conjunto de prácticas que no se pueden probar, rechazan ser probadas o fallan sistemáticamente en las pruebas» (Diamond 2003).

La mayoría de las dos vertientes creen que las terapias alternativas pueden ser aceptadas como medicina convencional si se demuestran científicamente que son eficaces.

«Los métodos basados en pruebas son eficaces, y los métodos eficaces debería estar basados en pruebas. Si un método parece ser eficaz, entonces debería ser posible comprobarlo. Si la investigación no ha sido realizada aún, debería hacerse. Debemos recordar que "la ausencia de prueba no es lo mismo que la ausencia de hechos: sólo demuestra la falta de investigación adecuada" — Robert Sydenham. "La falta de pruebas en la literatura no demuestra la falta de eficacia."»

Visión General de Medicina Complementaria y Alternativa

¿Cuáles son los diferentes tipos de Medicina Complementaria y Alternativa (su sigla en inglés es CAM)?

Muchos campos diferentes constituyen la práctica de la medicina complementaria y alternativa. Además, muchos componentes de un campo pueden superponerse con los componentes del otro (un ejemplo es la acupuntura). Los ejemplos de la CAM incluyen los siguientes:

- **La Medicina Tradicional Alternativa** - Este campo incluye las formas de terapia más aceptadas y las corrientes principales, como la acupuntura, la homeopatía y las prácticas orientales. La medicina tradicional alternativa ha sido practicada por siglos al rededor del mundo. La medicina tradicional alternativa puede incluir los siguientes:
 - La acupuntura.

- El Ayurveda.
 - La homeopatía.
 - La naturopatía.
 - La china/oriental.
- **El cuerpo** - El contacto con las manos ha sido usado en la medicina desde los comienzos de los cuidados médicos. Sanar por medio del contacto se basa en la idea de que las enfermedades o las heridas localizadas en un área del cuerpo pueden afectar todo el cuerpo. Si con la manipulación manual, las otras partes del cuerpo pueden volver a su salud óptima, el cuerpo puede concentrarse en la curación del sitio de la herida o la enfermedad sin distracciones. Los ejemplos de la terapia del cuerpo incluyen los siguientes:
 - La medicina quiropráctica.
 - El masaje.
 - El movimiento del cuerpo.
 - El Tai Chi.
 - El Yoga.
 - **La Dieta y las Hierbas** - a través de los siglos, el hombre ha pasado de una dieta simple que consistía de carnes, frutas, vegetales y granos, a una dieta que frecuentemente consiste en los alimentos ricos en grasas, aceites y carbohidratos complejos. El exceso de nutrición y la deficiencia nutricional se han convertido en un problema de nuestra sociedad hoy en día, en la cual ambos llevan a ciertas enfermedades crónicas. Muchos enfoques dietéticos y herbales tratan de balancear el bienestar nutricional del cuerpo. Los enfoques dietéticos y herbales pueden incluir los siguientes:
 - Los suplementos dietéticos.

- La medicina herbal.
- **La Energía Externa** - Algunas personas creen que las fuerzas externas (energías) de los objetos o de otras fuentes pueden afectar directamente la salud de una persona. Un ejemplo de la terapia de energía externa es:
 - La terapia electromagnética.
- **La mente** - hasta la medicina estándar o convencional reconoce el poder de la conexión entre la mente y el cuerpo. Los estudios han demostrado que las personas se curan mejor si tienen una buena salud emocional y mental. Las terapias que usan la mente pueden incluir las siguientes:
 - Meditación.
 - La bioretroalimentación (Biofeedback).
 - La hipnosis.
- **Los sentidos** - Algunas personas creen que los sentidos (el tacto, la vista, el oído, el olfato y el gusto) pueden afectar el estado de salud general, ellos incluyen:
 - El arte, el baile y la música.
 - La visualización.

Medicina complementaria y alternativa (85)

El National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) estadounidense define la medicina complementaria y alternativa como «un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional». Una distinción que el NCCAM hace es que la medicina complementaria se usa conjuntamente con la medicina convencional mientras la medicina alternativa se usa en lugar de la medicina convencional. El NCCAM también define la medicina integrativa como la combinación de «terapias médicas formales y terapias de la medicina complementaria y alternativa para las cuales existen datos científicos de alta calidad sobre su seguridad y eficacia».

«Es importante advertir que la medicina integrativa no es sinónimo de la medicina complementaria y alternativa. Tiene un significado y misión mucho más amplios al exigir la restauración del foco de la medicina en la salud y la curación y enfatizar la importancia de la relación entre el paciente y el médico.» (Snyderman, Weil 2002)

Regulación

Las distintas jurisdicciones difieren acerca de qué ramas de la medicina alternativa son legales, cuáles están reguladas y cuáles (si las hay) son prestadas por el servicio sanitario gubernamental o financiadas por el estado.

Cierto número de partidarios de la medicina alternativa no están de acuerdo con las restricciones de las agencias gubernamentales que regulan los tratamientos médicos (como la Food and Drug Administration estadounidense) y la adherencia de éstas a los métodos de evaluación experimentales. Afirman que esto impide a los que buscan dar tratamientos y propuestas útiles y eficaces al público, y denuncian que sus contribuciones y descubrimientos son injustamente desestimados, pasados por alto o suprimidos. Los proveedores de medicina alternativa suelen argüir que el fraude en los tratamientos debe abordarse adecuadamente cuando se produzca.

Uso contemporáneo de la medicina alternativa

Edzard Ernst escribió en el Medical Journal of Australia que «cerca de la mitad de la población de los países desarrollados usa medicina complementaria y alternativa» (Ernst 2003). Una encuesta (Barnes et al 2004) publicada en mayo de 2004 por el NCCAM estadounidense concluía que en 2002 el 36% de los estadounidenses había usado algún tipo de «terapia alternativa» en los 12 meses anteriores, un término que incluía yoga, meditación, tratamientos herbales y la dieta Atkins. Si la oración era considerada como terapia alternativa, entonces la cifra subía hasta el 62,1%. Otro estudio de Astin et al (1998) sugiere una cifra parecida del 40%. Una encuesta telefónica británica hecha por la BBC entre 1.209 adultos en 1998 mostraba que cerca del 20% de los adultos británicos había usado la medicina alternativa en los 12 meses anteriores (Ernst & White 1999).

El uso de la medicina alternativa parece ir en aumento. Eisenburg et Al llevaron a cabo un estudio en 1998 que mostró que el uso de la medicina alternativa había subido desde el 33,8% en 1990 hasta el 42,1% en 1997. En el Reino Unido, un informe de 2000 ordenado por la Cámara de los Lores sugería que «los datos de los que se dispone parecen apoyar la idea de que el uso de la medicina complementaria y alternativa en el Reino Unido es alto y está en aumento»

Educación médica

Cada vez más instituciones educativas han empezado a ofrecer cursos de medicina alternativa. Por ejemplo, la Facultad de Medicina de la Universidad de Arizona ofrece un programa de medicina integrativa bajo la dirección del Dr. Andrew Weil que adiestra a médicos en varias ramas de la medicina alternativa que «ni rechaza la medicina convencional, ni adopta prácticas alternativas sin sentido crítico.» En tres investigaciones separadas, en las que se encuestaron las 125 escuelas que ofrecían un título en medicina, las 19 que ofrecían uno en osteopatía y las 585 escuelas de enfermería de los Estados Unidos, se halló que el 60% de las escuelas que ofrecían un título en medicina, el 95% de las que ofrecían uno de osteópata y el 84,8% de las de enfermería enseñaban también medicina alternativa (Wetzel et al 1998, Saxon et al 2004, Fenton & Morris 2003).

En el Reino Unido ninguna escuela médica ofrece cursos que enseñen la práctica clínica de la medicina alternativa. Sin embargo, ésta se enseña en varias escuelas como parte del plan de estudios. Esta enseñanza está mayoritariamente basada en la teoría y la comprensión de la medicina alternativa, haciendo énfasis en la capacidad de comunicarse con especialistas en medicina alternativa. Para conseguir aptitud en la práctica clínica de la medicina alternativa, deben obtenerse títulos de sociedades médicas particulares, donde el estudiante debe haberse graduado y ser un médico cualificado. La Sociedad Médica Británica de Acupuntura, que ofrece certificados médicos en acupuntura a doctores, es un ejemplo.

Apoyos a la medicina alternativa

Los partidarios de la medicina alternativa sostienen que las terapias alternativas suelen proporcionar al público servicios no disponibles en la medicina convencional. Este argumento cubre diversas áreas, como la participación activa del paciente, métodos alternativos para el manejo del dolor, métodos terapéuticos que apoyan el modelo biopsicosocial de la salud, remedios para preocupaciones sanitarias específicas, servicios de reducción de estrés, otros servicios sanitarios preventivos que no son típicamente parte de la medicina convencional, y por supuesto cuidados paliativos de la medicina complementaria, que son practicados por centros oncológicos tan mundialmente renombrados como el Memorial Sloan-Kettering (véase Vickers 2004).

Eficacia

Los partidarios de la medicina alternativa sostienen que los diversos métodos alternativos son eficaces en el tratamiento de un amplio rango de dolencias leves y graves, y sostienen que trabajos de investigación recientemente publicados (como Michalsen 2003, Gonsalkorale 2003 y Berga 2003) demuestran la eficacia de tratamientos alternativos específicos. Afirman que una búsqueda en PubMed halló cerca de 370.000 artículos de investigación clasificados como medicina alternativa publicados en revistas reconocidas por Medline desde 1966 en la base de datos de la National Library of Medicine (tales como Kleijnen 1991, Linde 1997, Michalsen 2003, Gonsalkorale 2003 y 2003).

Los partidarios de la medicina alternativa sostienen que ésta puede proporcionar beneficios a la salud mediante la participación activa del paciente, ofreciendo más opciones al público, incluidos tratamientos que simplemente no están disponibles en la medicina convencional.

«La mayoría de los estadounidenses que consultan a terapeutas alternativos recibirían con entusiasmo la posibilidad de consultar a un médico bien entrenado en la medicina tradicional que tenga también una mentalidad abierta y buen conocimiento de los mecanismos de curación innatos del cuerpo, de la influencia de los hábitos de vida sobre la salud y de los usos apropiados de los

complementos dietéticos, hierbas y otras formas de tratamiento, desde la manipulación osteopática hasta la medicina china y ayurvédica. En otras palabras, quieren ayuda competente para moverse por el confuso laberinto de opciones terapéuticas disponibles en la actualidad, especialmente en aquellos casos en los que los enfoques convencionales son relativamente ineficaces o perjudiciales.» (Snyderman, Weil 2002)

Algunos médicos está dispuestos a adoptar diversos aspectos de la medicina alternativa.

Aunque los partidarios de la medicina alternativa reconocen que el efecto placebo puede jugar un papel en el beneficio que proporcionan las terapias alternativas, hay que destacar que el efecto placebo también influye en la medicina convencional. Por tanto señalan que esto no disminuye su validez. Los escépticos están desconcertados por este punto de vista y afirman que es un reconocimiento de la ineficacia de los tratamientos alternativos. Un antibiotico o una vacuna es eficaz sin necesidad de efecto placebo y se puede administrar sin que el paciente lo sepa y sin que sea administrada por una "compasivo sanador". La llamada medicina alternativa no tiene nada semejante que ofrecer.

Menor riesgo cuando se usa como complemento de la medicina convencional

Una importante objeción a la medicina alternativa es que se practica en lugar de los tratamientos médicos convencionales. Siempre que los tratamientos alternativos se usen junto con los tratamientos médicos convencionales, la mayoría de los médicos hallan la mayor parte de la medicina complementaria aceptable (Vickers 2004). En consonancia con estudios previos, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) estadounidense informó recientemente que la mayoría (54,9%) de los estadounidenses usaban la medicina alternativa en conjunción con la convencional (CDC Advance Data Report nº 343, 2004).

Los pacientes deben sin embargo informar siempre a sus médicos de que están usando medicina alternativa. Algunos paciente no lo hacen temiendo que esto dañe la relación con su médico. No obstante algunos tratamientos alternativos pueden interferir con los tratamientos tradicionales. Un ejemplo es la combinación

de quimioterapia y la toma de altas dosis de vitamina C, que puede dañar gravemente los riñones.

El problema de la interferencia entre la medicina alternativa y la convencional se minimiza cuando sólo se recurre a la primera tras agotar todas las posibilidades de la segunda. Muchos pacientes creen que la medicina alternativa puede ayudar a sobrellevar enfermedades crónicas para las que la medicina convencional no ofrece cura sino sólo cuidados paliativos. Se está haciendo más común que el propio médico sugiera a sus pacientes alternativas cuando no puede ofrecer un tratamiento.

Críticas a la medicina alternativa

Debido al amplio rango de terapias que se consideran dentro de la «medicina alternativa», pocas críticas se aplican a toda ella.

Las críticas dirigidas a terapias específicas de la medicina alternativa van desde las bastante leves (el tratamiento convencional se cree más efectivo en un área particular) hasta la incompatibilidad con las leyes conocidas de la física (por ejemplo, en la homeopatía).

Los partidarios de las diferentes formas de medicina alternativa rechazan las críticas por estar supuestamente basadas en prejuicios, intereses económicos o ignorancia. Los opositores a muchas formas de medicina alternativa rechazan buena parte de las «pruebas» a favor por no cumplir condiciones requeridas por la medicina tradicional, como los experimentos de doble ciego, por ejemplo.

Falta de ensayos adecuados

A pesar del gran número de estudios sobre terapias alternativas, los críticos sostienen que no hay estadísticas sobre exactamente cuántos de estos estudios fueron experimentos controlados, de doble ciego y arbitrados o cuántos produjeron resultados a favor de la medicina alternativa o de partes de la misma. Sostienen que muchas formas de medicina alternativa son rechazadas por la medicina convencional porque la eficacia de los tratamientos no ha sido

demostrada mediante ensayos aleatorios controlados de doble ciego. Algunos escépticos de las prácticas alternativas señalan que una persona puede atribuir alivio sintomático a un terapia por lo demás ineficaz debido a la recuperación natural de la enfermedad o a la naturaleza clínica de ésta, al efecto placebo o a la posibilidad de que en realidad nunca tuviera originalmente la enfermedad.

Problemas con ensayos y estudios conocidos

Los críticos también apuntan que la predisposición del observador y su pobre diseño invalidan los resultados de muchos estudios llevados a cabo por promotores de la medicina alternativa.

Aunque una revisión de la eficacia de ciertas técnicas médicas alternativas para el tratamiento del cáncer (Vickers 2004) halló que está demostrado que la mayoría de estos tratamientos no funcionan, señaló que varios estudios encontraron pruebas de que el tratamiento psicosocial de los pacientes por parte de psicólogos está relacionado con una mayor posibilidad de supervivencia (aunque comenta que estos resultados no se han reproducido consistentemente). La misma revisión, a pesar de advertir específicamente que «las terapias complementarias para los síntomas relacionados con el cáncer no forman parte de esta revisión», citaba estudios que indicaban que varias terapias complementarias pueden proporcionar beneficios como, por ejemplo, reducir el dolor y mejorar el estado de ánimo de los pacientes.

Algunos arguyen (y entre ellos se encuentra una servidora) que se realiza menos investigación sobre la medicina alternativa porque muchas de sus técnicas no pueden ser patentadas, y por tanto hay poco incentivo económico para estudiarlas. La investigación farmacéutica, por el contrario, puede ser muy lucrativa, lo que da como resultado la financiación de ensayos por parte de compañías farmacéuticas. Mucha gente, incluyendo profesionales de la medicina convencional y alternativa, sostienen que esta financiación ha llevado a la corrupción del proceso científico para aprobar el uso de fármacos, y que trabajos escritos por terceros han aparecido en importantes revistas médicas arbitradas (Flanagin et al 1998, Larkin 1999). Incrementar la financiación de la investigación

de técnicas médicas alternativas era el propósito del National Center for Complementary and Alternative Medicine. El NCCAM y su predecesor, la Office of Alternative Medicine, han gastado más de 200 millones de dólares en estos estudios desde 1991. La Comisión E, división independiente de la Agencia Federal Alemana de Salud, ha estudiado muchos remedios herbales para determinar su eficacia.

Seguridad

Los críticos sostienen que «las terapias dudosas pueden provocar la muerte, heridas graves, sufrimiento innecesario y desfiguraciones» y que algunas personas han sido heridas o han muerto directamente por causa de diversas prácticas o indirectamente por diagnósticos erróneos o por la subsiguiente elusión de la medicina convencional que ellos creen verdaderamente eficaz.

Los críticos de la medicina alternativa están de acuerdo con sus partidarios en que la gente debe ser libre de elegir qué método de asistencia sanitaria desean, pero estipulan que debe ser informada sobre la seguridad y eficacia del método que elijan. La gente que elige la medicina alternativa puede pensar que están escogiendo una medicina segura y eficaz cuando puede que sólo obtengan remedios de curandero.

Retraso en la búsqueda de tratamiento médico convencional

Los críticos afirma que aquellos que han tenido éxito con una terapia alternativa para una enfermedad leve pueden ser convencidos de su eficacia y persuadidos para extrapolar dicho éxito a alguna otra terapia alternativa para una enfermedad más seria y potencialmente fatal. Por esta razón, sostienen que las terapias que confían en el efecto placebo para definir su éxito son muy peligrosas.

Mayor peligro cuando se usa como complemento de la medicina convencional

Un estudio multicentro noruego examinó la relación entre el uso de la medicina alternativa y la supervivencia al cáncer. Se siguió durante 8 años a 515 pacientes

que recibían tratamiento médico estándar contra el cáncer, de los cuales el 22% usaban medicina alternativa concurrentemente.

El estudio reveló que la tasa de mortalidad era un 30% más alta en los usuarios de medicina alternativa: «El uso de medicina alternativa parece predecir una supervivencia menor al cáncer.»

Problemas de regulación

Los críticos afirman que algunas ramas de la medicina alternativa no están a menudo adecuadamente reguladas en algunos países en cuanto a identificar quiénes las ejercen o saber qué formación o experiencia deben poseer. Los críticos arguyen que la regulación gubernamental de una terapia alternativa concreta no exige que dicha terapia sea eficaz

14) MEDICINA COMPLEMENTARIA Y/O ALTERNATIVA

Como ya hemos dicho, la medicina complementaria y alternativa, según la define NCCAM "es el conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos, médicos y de atención de la salud, que no se considera actualmente parte de la medicina convencional", como la acupuntura, la quiropráctica, el masaje y la homeopatía. La gente emplea terapias de medicina complementaria y alternativa de diversas formas. Cuando se usan solas se las suele llamar "alternativas". Cuando se usan junto con la medicina convencional, se las suele llamar "complementarias". Si bien existen algunos datos científicos contundentes sobre las terapias de medicina complementaria y alternativa, en general se trata de preguntas esenciales que aún deben responderse mediante estudios científicos bien diseñados -- preguntas por ejemplo sobre la seguridad y eficacia de estos medicamentos en relación a las enfermedades y condiciones médicas para las cuales se utilizan. La lista de lo que se considera medicina complementaria y alternativa cambia continuamente, ya que una vez se comprueba que una terapia determinada es eficaz e inocua, esta se incorpora al tratamiento convencional de la salud al igual que cuando surgen enfoques nuevos para la atención sanitaria.

Diferencias entre medicina complementaria, alternativa, tradicional e integrativa

- La medicina complementaria se utiliza conjuntamente con la medicina convencional. Un ejemplo de terapia complementaria es el uso de aromaterapia para ayudar a mitigar la falta de comodidad del paciente después de la cirugía.
- La medicina alternativa se utiliza en lugar de la medicina convencional. Un ejemplo de una terapia alternativa es el empleo de una dieta especial para el tratamiento del cáncer en lugar de la cirugía, la radiación o la quimioterapia recomendados por un médico convencional.
- La medicina tradicional abarca una serie de terapias y prácticas que difieren mucho de un país a otro y de una región a otra WHA56.31 (2003). Según la NCCAM, es la medicina según la practica aquellas personas que tienen títulos de M.D. (doctor en medicina) o D.O. (doctor en osteopatía), así como los otros profesionales de la salud, como el fisioterapeuta, los psicólogos, terapeutas ocupacionales, paramédicos, podólogos, logopedas y enfermeros titulados. Otro término para la medicina convencional, fundamentalmente la farmacológica o la estrictamente médica, es medicina alopática o alópata; también, medicina occidental, formal, ortodoxa y ordinaria y biomedicina.
- La medicina integrativa, según la definición de NCCAM, combina terapias médicas formales y terapias de la medicina complementaria y alternativa para las cuales existen datos científicos de alta calidad sobre su seguridad y eficacia.

Principales tipos de medicina complementaria y alternativa

El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) de los Estados Unidos clasifica las terapias de la medicina complementaria y alternativa en cinco categorías o dominios:

1. Sistemas médicos alternativos
2. Enfoque sobre la mente y el cuerpo
3. Terapias biológicas

4. Métodos de manipulación y basados en el cuerpo
5. Terapias sobre la base de la energía

Sistemas médicos alternativos

Los sistemas médicos alternativos se construyen en torno a sistemas completos de teoría y práctica. A menudo, estos sistemas han evolucionado de manera separada y antes del enfoque médico convencional. Ejemplos de sistemas médicos alternativos occidentales son la homeopatía y la naturopatía. Ejemplos de otros sistemas no occidentales son la medicina china tradicional y Ayurveda.

Enfoque sobre la mente y el cuerpo

La medicina de la mente y el cuerpo utiliza una variedad de técnicas diseñadas con el fin de afianzar la capacidad de la mente para afectar la función y los síntomas corporales. Algunas técnicas que se consideraron medicina complementaria y alternativa anteriormente se han formalizado (por ejemplo, grupos de apoyo a pacientes y terapia cognitiva y conductual). Otras técnicas para la mente y el cuerpo aún se consideran medicina complementaria y alternativa, incluida la meditación, la oración, la curación mental y las terapias que emplean soluciones creativas como el arte, la música o la danza.

Terapias biológicas

Las terapias biológicas en la medicina complementaria y alternativa emplean sustancias que se encuentran en la naturaleza, como hierbas, alimentos y vitaminas. Algunos ejemplos incluyen el uso de los suplementos dietéticos, el uso de productos de herboristería, y el uso de otras terapias denominadas "naturales", aunque aún no probadas desde el punto de vista científico (por ejemplo, el uso de cartílago de tiburón en el tratamiento del cáncer).

Algunos usos de los suplementos dietéticos se han incorporado a la medicina convencional. Por ejemplo, los científicos han descubierto que el ácido fólico evita ciertos defectos congénitos y un régimen de vitaminas y zinc puede retardar el

avance de una enfermedad ocular denominada degeneración macular asociada a la edad.

Métodos de manipulación y basados en el cuerpo

Los métodos de manipulación (terapias manipulativas o de manipulación) y basados en el cuerpo en la medicina complementaria y alternativa hacen énfasis en la manipulación o en el movimiento de una o más partes del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen quiropráctica, osteopatía y masaje, aunque cabe destacar que muchas de las terapias que se engloban en estos 3 términos, también son práctica común y disciplinas competenciales de una profesión sanitaria, científica, reglada y convencional como la fisioterapia así como de la medicina manual u osteopática (realizada por médicos D.O.), por lo que hay que diferenciar claramente si estas terapias las aplica un fisioterapeuta/médico o un profano, masajista, quiromasajista, componedor o sanador: en el primer caso estaríamos hablando de medicina convencional o científica, y en los otros de alternativa.

Terapias sobre la base de la energía

Las terapias sobre la base de la energía son uno de los cinco tipos de medicina complementaria y alternativa según la NCCAM. Siendo una de las áreas de la medicina complementaria que más controversia provoca, hay grupos que consideran que su efectividad se debe al efecto placebo. Sin embargo, hay demostraciones en estudios científicos controlados acerca del funcionamiento de ciertas formas de energía utilizadas en estas terapias, especialmente el Chi o Ki, utilizado en medicina tradicional china, Reiki y otras. el NCCAM las divide en terapias de biocampo cuando la energía interviniente es la propia del cuerpo y terapias bioelectromagnéticas cuando se utiliza un equipo o implemento externo capaz de producir energía, como el Tens u otros que generan impulsos eléctricos, magnéticos o electromagnéticos, entre otros. Este segundo grupo de terapias es el más aceptado por muchas especialidades de la medicina convencional, al estar más respaldado por desarrollos tecnológicos que requieren investigación previa. Hay también ciertas definiciones y clasificaciones que escapan a la definición genérica del NCCAM y que intentan generar nuevas formas de clasificación, aun

cuando podrían agruparse en alguna de las categorías anteriores. Es el caso de terapias que trabajan con energía cósmica, energía cuántica o energía orgónica.

La terapia integradora combina medicina convencional con medicina complementaria y alternativa. Cierta evidencia científica demuestra que la terapia integradora es segura y beneficiosa.

Algunas personas usan los tratamientos complementarios para aliviar los síntomas o los efectos secundarios mientras están bajo un tratamiento estándar o convencional (como el alivio del dolor mientras se está en un tratamiento del cáncer).

La medicina estándar o convencional se refiere a los tratamientos médicos que han sido científicamente evaluados y que se han encontrado seguros y efectivos. Los tratamientos estándar o convencionales han sido aprobados por la Administración de cada Gobierno. Por ejemplo en Estados Unidos por la Administración de los Alimentos y las Drogas de Estados Unidos (US Food and Drug Administration, su sigla en inglés es FDA).

Las personas pueden decidir que seguir para conseguir su bienestar; si la medicina convencional y/o la complementaria o la alternativa. Sería recomendable conocer todas las alternativas posibles en cuanto a la medicina alopática pero también se deberían poder ofrecer desde la sanidad pública tratamientos que provienen de otras tradiciones y que resultan beneficiosos para la salud. Aunque muchos de estos tratamientos no se han “probado” científicamente, cuentan con años de existencia en nuestras sociedades. Y su permanencia en el tiempo es indicador de que “algo” que a veces no encaja en el paradigma científico “funciona”.

Es por esto que definiendo la convicción de que la enfermera debe formarse en estas terapias, ya sea para poder insertarlas dentro de su rol autónomo, ofrecerlas dentro de su cartera de servicios, para formar o simplemente para poder informar de su existencia a los usuarios. (Ver Anexo nº9: TERAPIAS NATURALES)

15) DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Paralelamente a las lecturas teóricas realizadas asistía a las sesiones que se impartían en ámbos másters (el de Gestión en la EUI Santa Madrona y el de Terapia Neural en la EUI de Sant Joan de Déu).

Esponáneamente ya empecé a observar las interacciones que surgían durante el desarrollo de las sesiones del master de Terapia Neural

A la vez que aprendía las técnicas, conocía más la globalidad de la terapia y a los compañeros-as del curso y veía los “efectos”, me planteé los beneficios que se podrían derivar de su integración en el sistema sanitario público, así que, cuando se nos pidió en el máster de Gestión en Santa Madrona confeccionar un cuestionario, ya lo tenía elaborado casi en su totalidad y sólo faltaron unos pequeños retoques.

E - MARCO APLICADO

F - HIPÓTESIS

Los profesionales de la salud de las diferentes disciplinas; Enfermería, Medicina, Odontología participantes en el máster de terapia neural y odontología neurofocal realizado en la E.U. de Enfermería de Sant Joan de Déu en el curso 2006-2008 y 2007-2009 incorporan la Terapia Neural en su práctica clínica.

G - METODOLOGÍA

La metodología es descriptiva: como investigadora me acerco a la realidad a través de la realización del curso de formación y trato de describir y documentar como son los fenómenos que suceden con la aplicación de la terapia neural, paralelamente distribuyo un cuestionario entre los participantes del máster para realizar la parte del estudio objetiva, cuantitativa y estadística.

H – TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Los métodos de investigación utilizados son el Cuestionario y las Entrevistas.

El proceso de investigación es primeramente cuantitativo, a través de un cuestionario previamente validado por un sistema de jueces y siguiendo los criterios de univocidad, pertinencia e importancia (qué, dónde, cuando,...) y posteriormente cualitativo observacional; entrevistas y preguntas abiertas (ver anexo 5: Cuestionario y anexo 7: testimonios de los profesionales y pacientes entrevistados. ya que lo que pretende es comprender, interpretar y describir. Respondiendo a preguntas del “por qué” y “cómo”... Se realiza así una investigación participativa. Para ello me infiltré en el grupo como alumna (soy una integrante más del curso) y así paso a conocer su funcionamiento y observo el día a día del grupo, del cual formo parte como un miembro más a ser observado.- de esta forma descubro la teoría, como se enseña, como se practica, como actúa, como funciona, como se comparte, que genera y, el porqué de la terapia neural.

La parte cualitativa la utilizo como reivindicativa de máxima validez de lo “subjetivo”, lo intersubjetivo, lo particular y lo significativo, como prioridades de análisis de la comprensión de una realidad social.

I - POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio se inició en febrero de 2007 y finalizó en septiembre de 2008.

La muestra en el apartado del cuestionario fue la totalidad de la población del estudio: Los participantes en el Máster de Terapia Neural y Odontología Neurofocal de las promociones 2006-2008 y 2007-2009.

En cuanto a la parte de entrevista, esta se realizó, en amplitud a dos profesionales expertos en terapia neural.

Además se recogieron pequeñas muestras de expresiones subjetivas de pacientes y profesionales.

La recogida de datos: Cuestionario Validado (Ver anexo 5)

La hipótesis planteada; “Los profesionales de la salud de las diferentes disciplinas; Enfermería, Medicina, Odontología participantes en el máster de terapia neural y odontología neurofocal realizado en la E.U. de Enfermería de Sant Joan de Déu en el curso 2006-2008 y 2007-2009 incorporan la Terapia

Neural en su práctica clínica.” Se comprueba mediante las preguntas realizadas en el cuestionario anexo, entre las que cabe destacar las siguientes:

- 1) A raíz de la realización del curso ha cambiado su forma de trabajar
- 2) Incorpora actualmente la Terapia Neural en su práctica
- 3) Ha cambiado su manera de abordar los tratamientos a los pacientes
- 4) Se ha aplicado terapia neural a usted mismo/a
- 5) Ha aplicado terapia neural en su entorno inmediato (familiares, amigos)
- 6) En general los resultados en terapia neural basados en su experiencia personal son satisfactorios
- 7) Considera que usted puede ser un buen terapeuta neural
- 8) La terapia neural tiene posibilidades de integrarse en el sistema sanitario
- 9) Aplicará terapia neural siempre que lo crea necesario para el paciente con independencia del entorno laboral
- 10) Se debe promover la difusión de la terapia neural
- 11) La Terapia Neural mejora el proceso de curación
- 12) La terapia Neural debería integrarse en el sistema sanitario.

Con tal de reforzar los resultados de la investigación, me planteé un segundo estudio de tipo cualitativo observacional, con entrevistas semiestructuradas (ver anexo 7) ya que después de pasarlo a los participantes y recoger los resultados, me dí cuenta de que no se reflejaba fielmente lo “sorprendente” y “global” que resulta esta terapia. Así que decidí añadir una parte cualitativa al trabajo, y esta segunda parte que contemplo, la considero imprescindible y básica para entender la terapia neural.

No he puesto resultados “milagrosos” dado que mi objetivo no es sensacionalista, simplemente aquí presento datos que “me han llegado” mientras realizaba el trabajo, aunque evidentemente podía haber buscado casos más llamativos para plasmar los resultados cualitativos. No lo encuentro necesario porque esta terapia habla por sí sola y en cada caso. Los resultados se ven continuamente.

Se informó a los participantes en el estudio de la intención del mismo: Una compañera de clase realizaría esta investigación como parte del trabajo de fin de curso. La participación en el mismo era totalmente voluntaria. Se repartieron un

total de 55 encuestas a profesores y alumnos en dos fechas diferentes; las primeras a la promoción correspondiente a 2006-2008 y las segundas a la promoción 2007-2009. No se realizó ningún control de encuesta repartida a tal persona y retornada, es decir, que los cuestionarios se repartían en el aula y las contestaba y devolvía aquel que lo deseaba.

J - RESULTADOS

J – I INCIDENCIAS

De los 55 cuestionarios repartidos, se retornaron 50. La investigadora desconoce que ha sucedido con los cinco restantes.

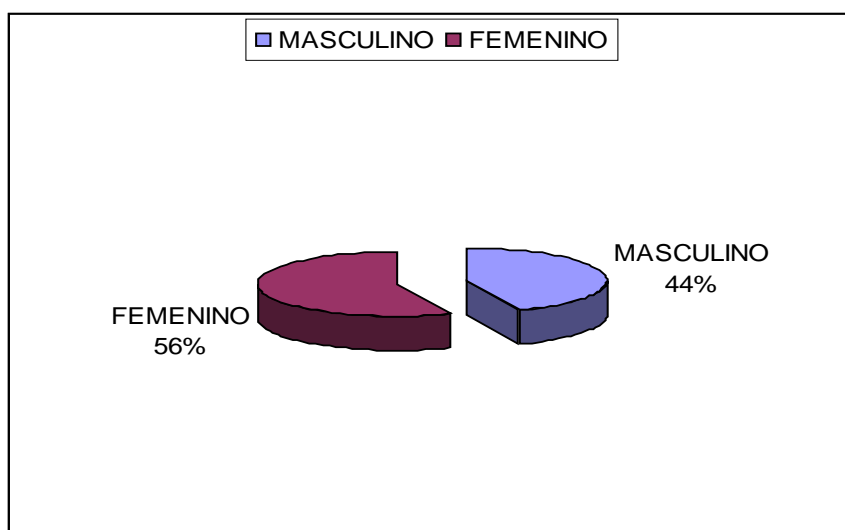
Algunos sujetos del estudio no finalizaron los estudios del máster (dos de ellos por incompatibilidad laboral), quedándose con los conocimientos impartidos en el primer año (Posgrado de Terapia Neural y Odontología Neurofocal)

J – II RESULTADOS SOBRE EL CUESTIONARIO DE TERAPIA NEURAL

El análisis estadístico se ha realizado con el paquete estadístico SPSS

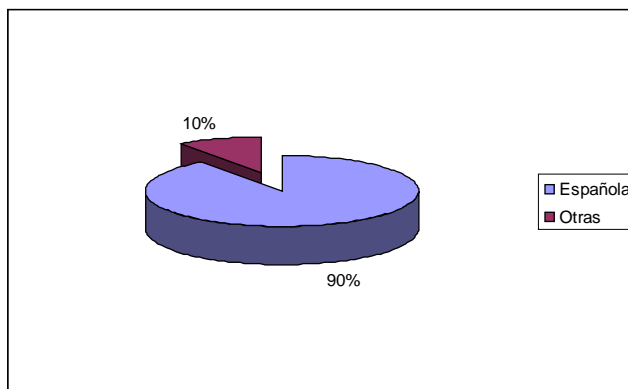
GÉNERO

Aquí podemos observar que la variable “género”, sin buscarlo, ha surgido bastante equitativa, por lo tanto podemos objetivar que se trata de un trabajo que no presentará sesgos por cuestiones de género.



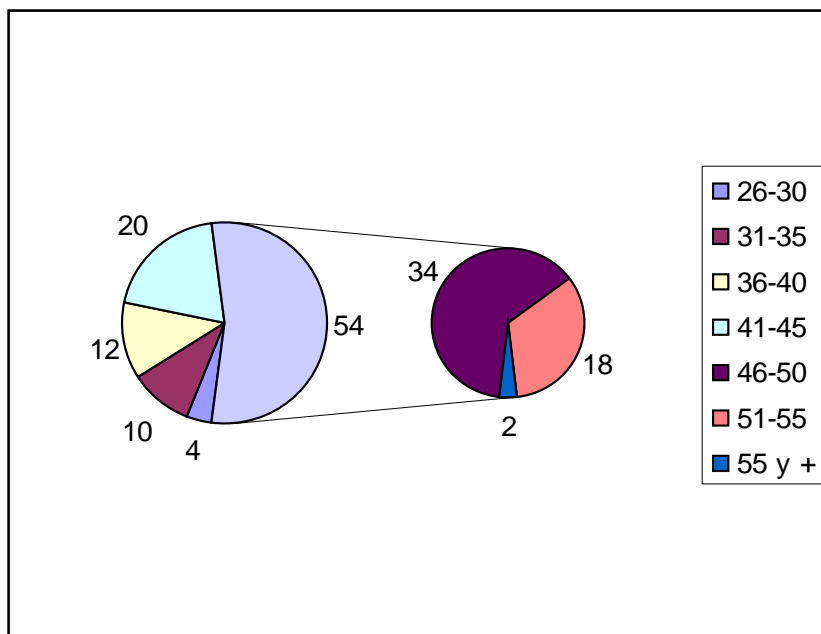
NACIONALIDAD

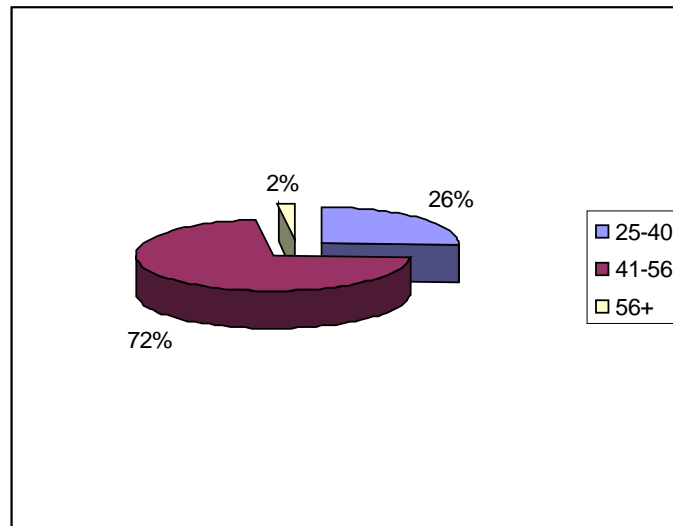
Nos encontramos, como era previsible ya que el estudio se realiza en España, ante una población española básicamente. Del 10% que provienen de otro país, encontramos que de las 3 personas extranjeras, hay una pareja de dentistas de Bolivia ambos y un médico argentino.



EDAD

Nos hallamos ante un colectivo “adulto” que se encuentran en la etapa de la vida comprendida entre los 25 y los 60 años . En esta etapa el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico. Su personalidad y su carácter se presentan relativamente firmes y seguros.

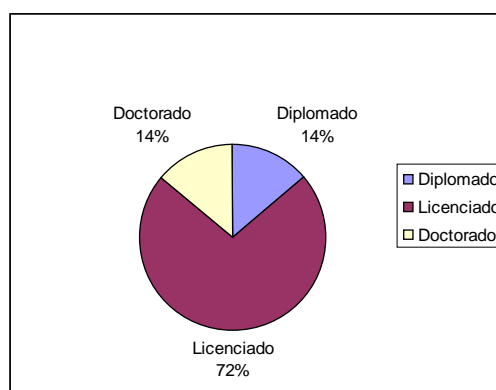




Es la etapa de mayor rendimiento en la actividad profesional, donde ésta se ejerce plenamente. A la vez es durante estos años, cuando uno es capaz de reconocer y valorar las propias posibilidades y limitaciones. Así surge con capacidad para realizar unas cosas e incapaz para otras. Condición básica para una conducta eficaz. Normalmente se tiene una percepción correcta de la realidad (objetividad), lo cual nos capacita para comportarnos con mayor eficacia y sentido de responsabilidad.

ESTUDIOS

En principio este resultado ha venido condicionado por los criterios de selección de acceso al curso. Por Internet puede observarse a que colectivo se orienta el máster “Dirigido a Médicos, odontólogos y veterinarios” (http://www.terapianeural.com/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=32)

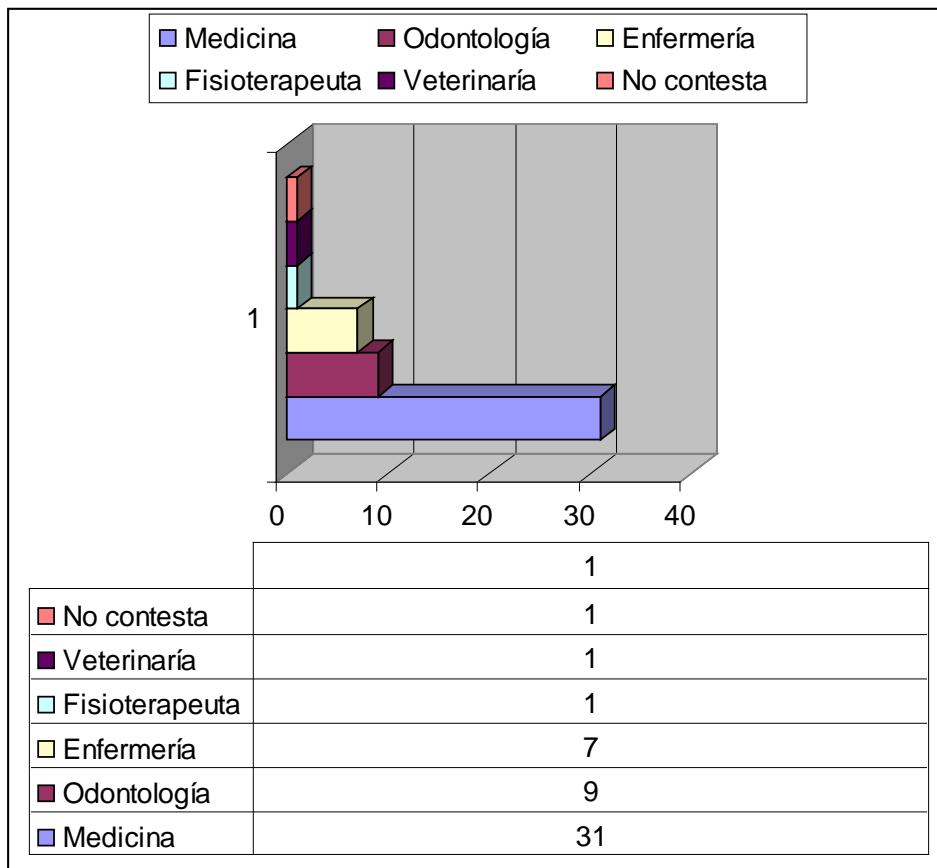


No obstante (quizás debido a que no se cubrieron todas las plazas ofertadas) se amplió la oferta y también se aceptaron en el mismo la participación de diplomados de otras disciplinas de ciencias de la salud (enfermeras y fisioterapeutas). Ampliación que en parte ya debía haber sido ofertada en un inicio si observamos que parte del profesorado corresponde a diplomados en enfermería practicantes de terapia neural.

Los resultados nos llevan a afirmar, algo que también era de esperar, que nos encontramos ante un colectivo de personas con una formación académica de estudios superiores en su totalidad.

No se ha tenido en cuenta el curriculum académico ni profesional a la hora de realizar la investigación, aunque se intuye por otros datos del cuestionario que los asistentes poseen una trayectoria tanto profesional como académica amplia.

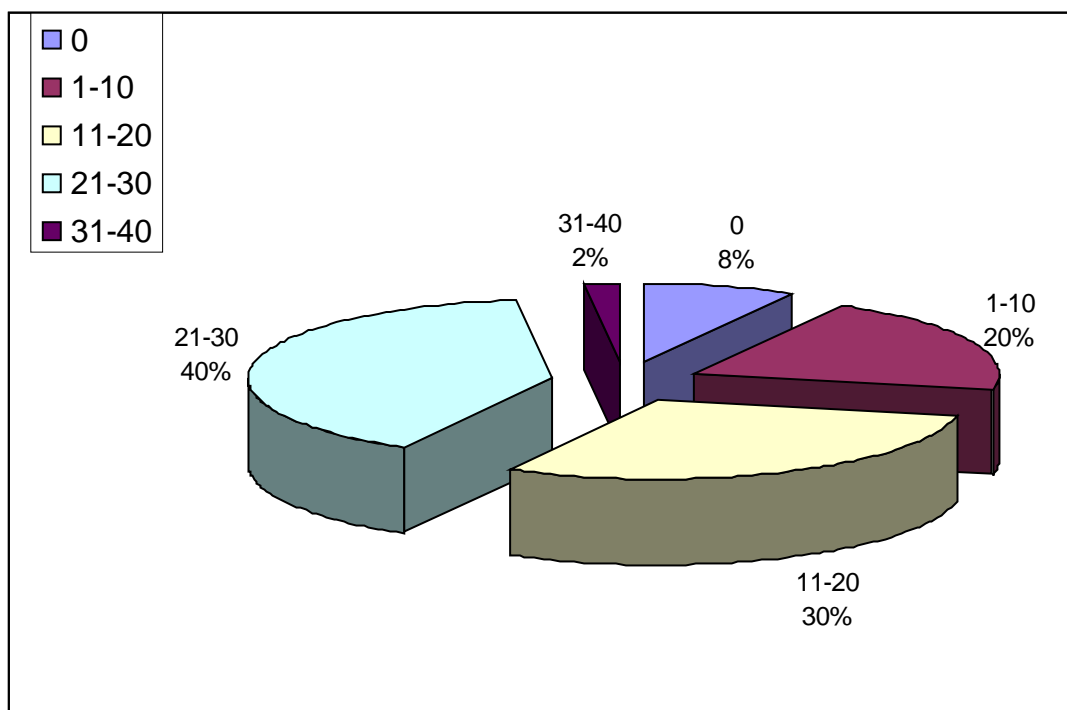
ESPECIALIDAD



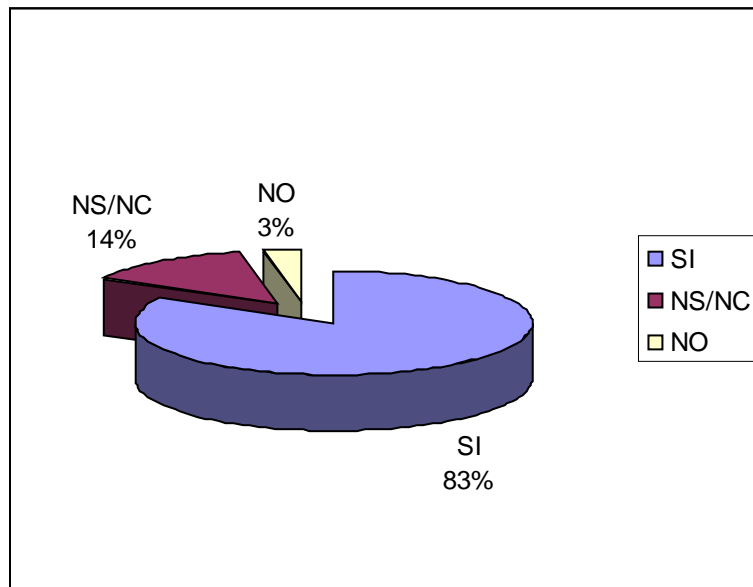
La especialidad mayoritaria de los asistentes es “Medicina” (31 casos), seguida por los odontólogos (9 personas), en tercer lugar encontramos las enfermeras (7) y por último de forma anecdótico encontramos un veterinario y un fisioterapeuta.

Esta heterogeneidad nos muestra una población representada preferentemente por médicos pero demuestra que no es excluyente y que otros colectivos también són susceptibles de formarse y aplicar la terapia neural.

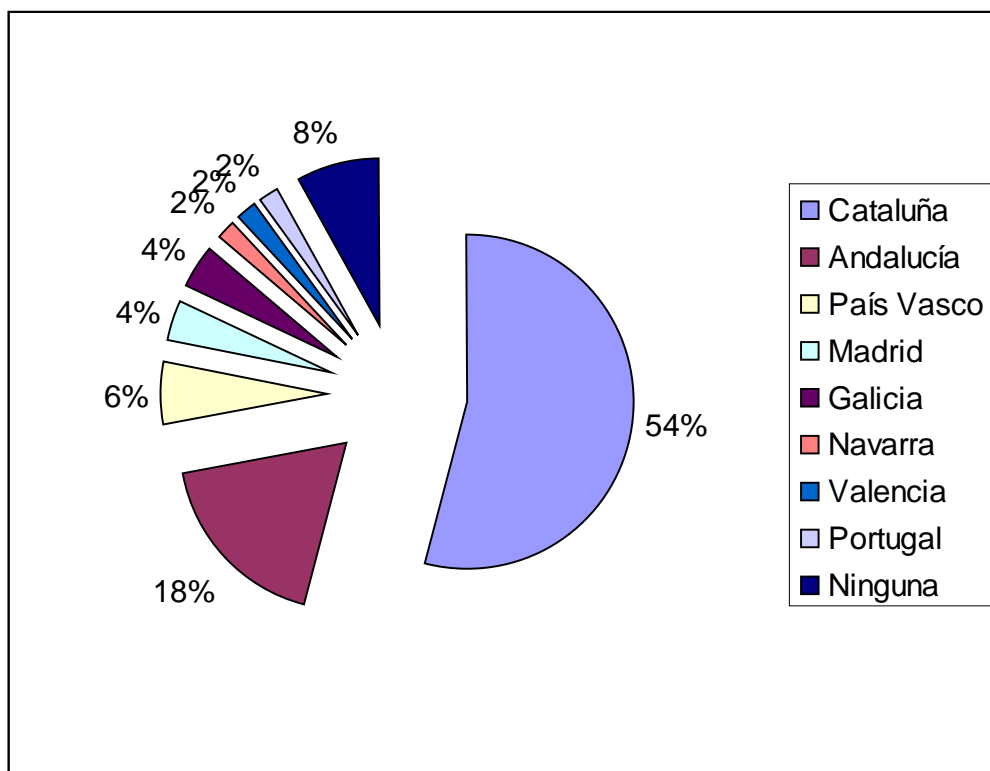
AÑOS DE EXPERIENCIA Aquí observamos que una gran parte de la población estudiada posee una amplia experiencia profesional; el 72% poseen más de 10 años de experiencia.

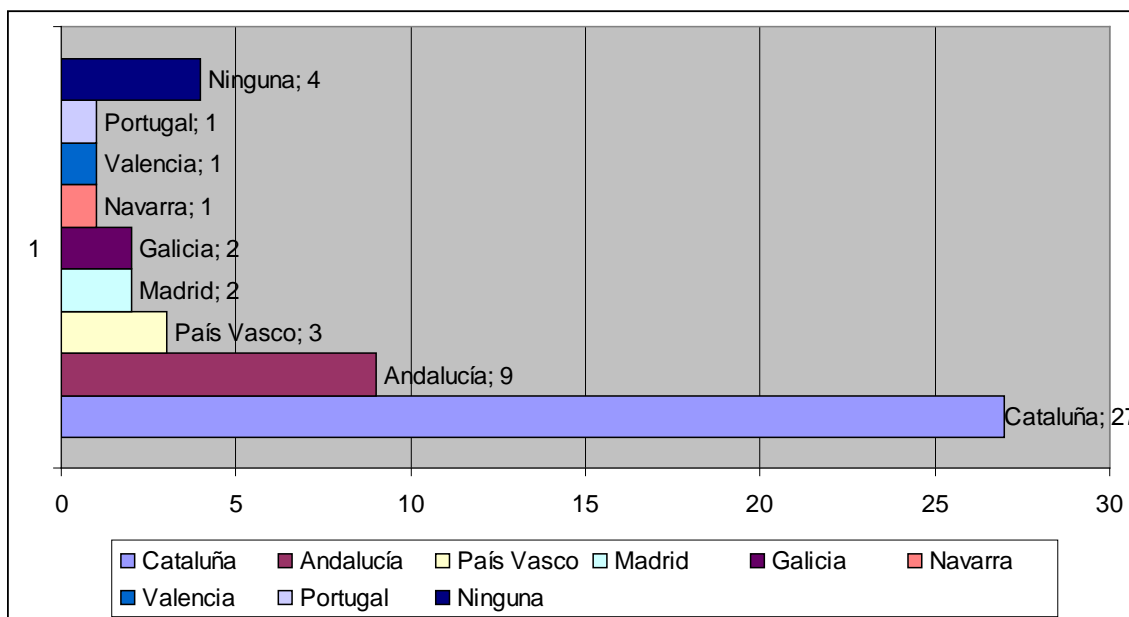


(*) De los profesionales que poseen más de 20 años de experiencia profesional (el 58% de los encuestados), un 83% consideran que la terapia neural debería integrarse en el sistema sanitario.

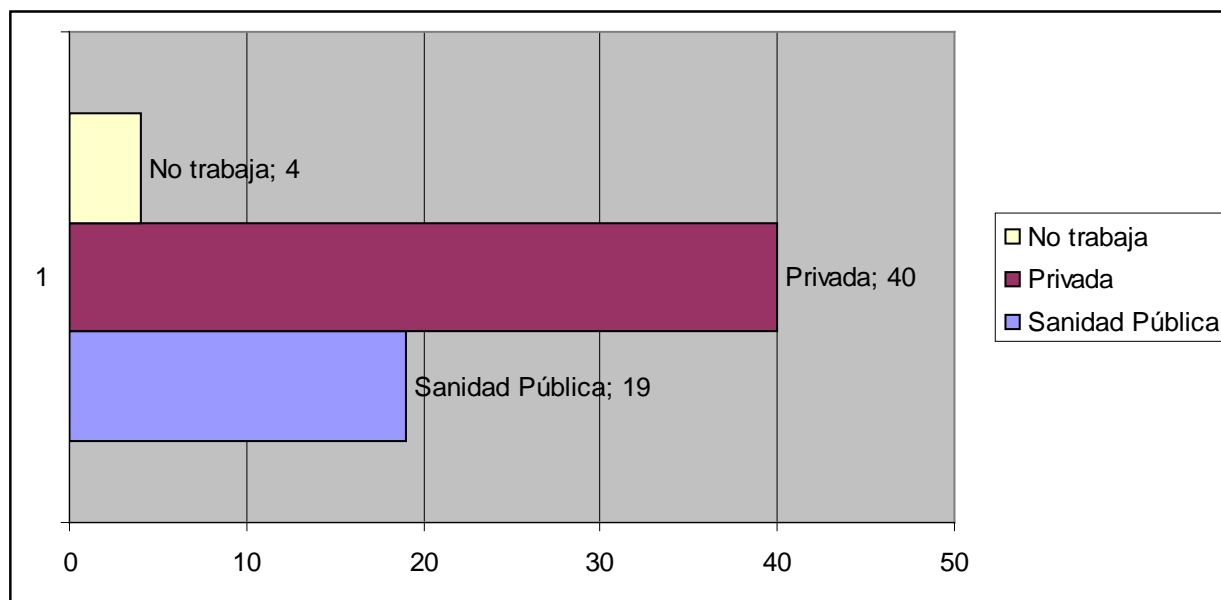


LOCALIDAD DE TRABAJO Aquí se observa que la mayoría de los profesionales desarrollan su actividad profesional en Cataluña (54 %). Este dato también era de esperar dado que el curso se realiza en dicha Comunidad Autónoma.



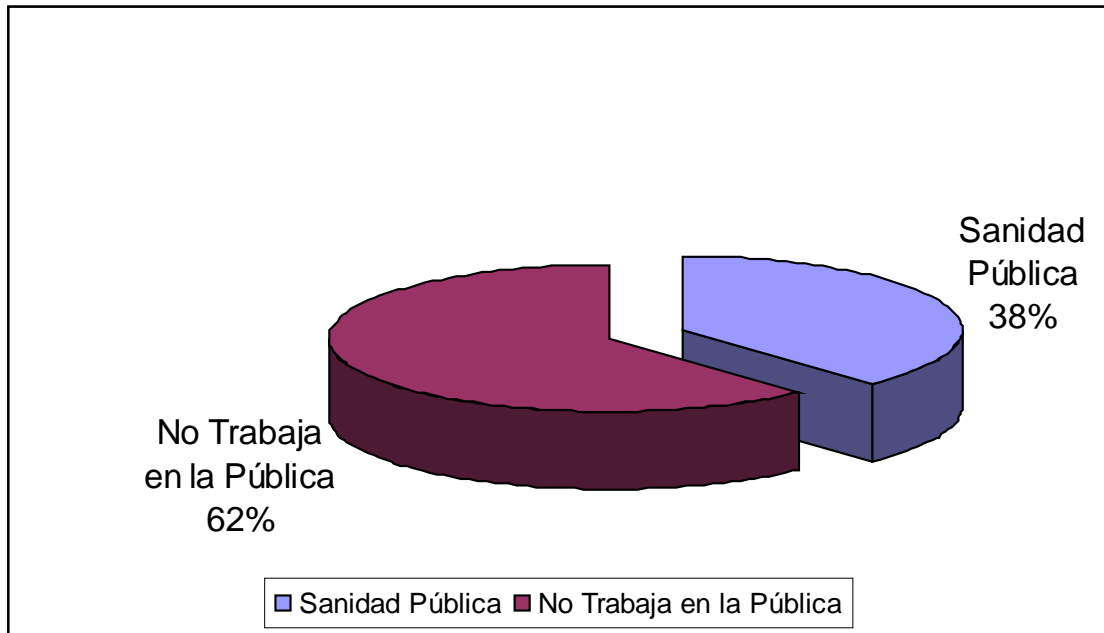


TRABAJO PÚBLICA/PRIVADA: En el momento en que se pasaron las encuestas encontramos con que 4 personas no trabajaban en ese momento y que la mayoría de los profesionales desarrollan su actividad profesional en la sanidad privada,

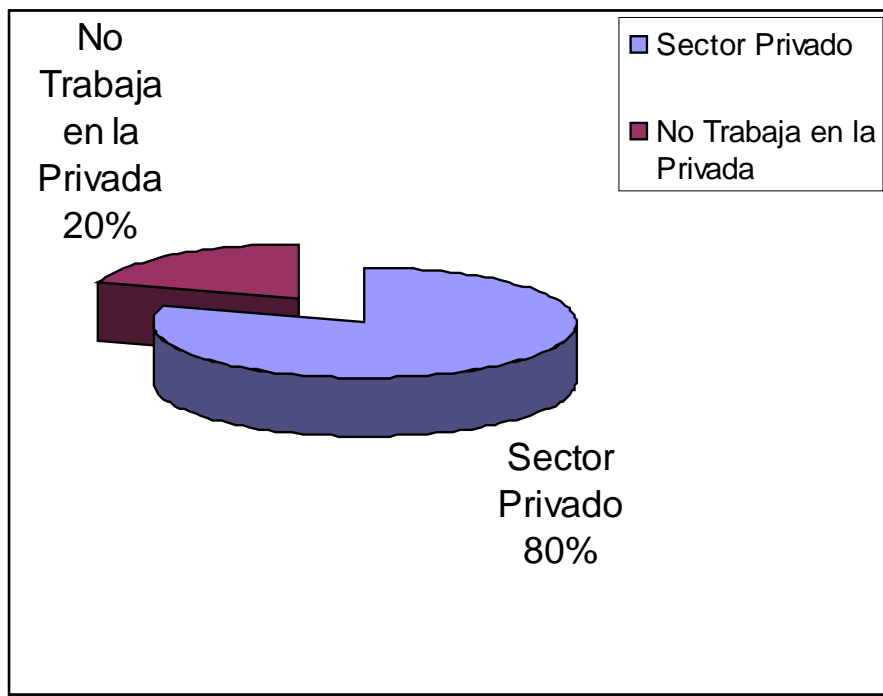


La representación mayoritaria en el curso viene por parte de los integrantes de la denominada "sanidad privada"; El 80 % trabajan en la privada y un 38 % en la pública. Un 18% combinan pública con privada.

TRABAJO SECTOR PÚBLICO:

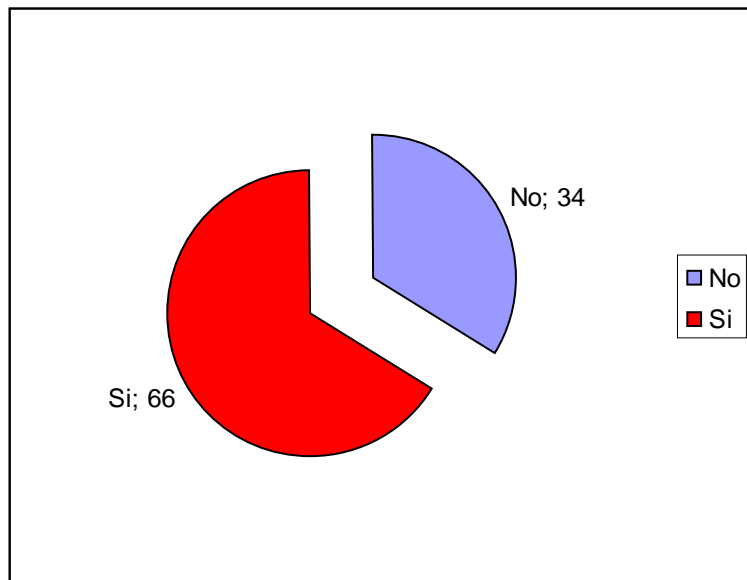


TRABAJO SECTOR PRIVADO



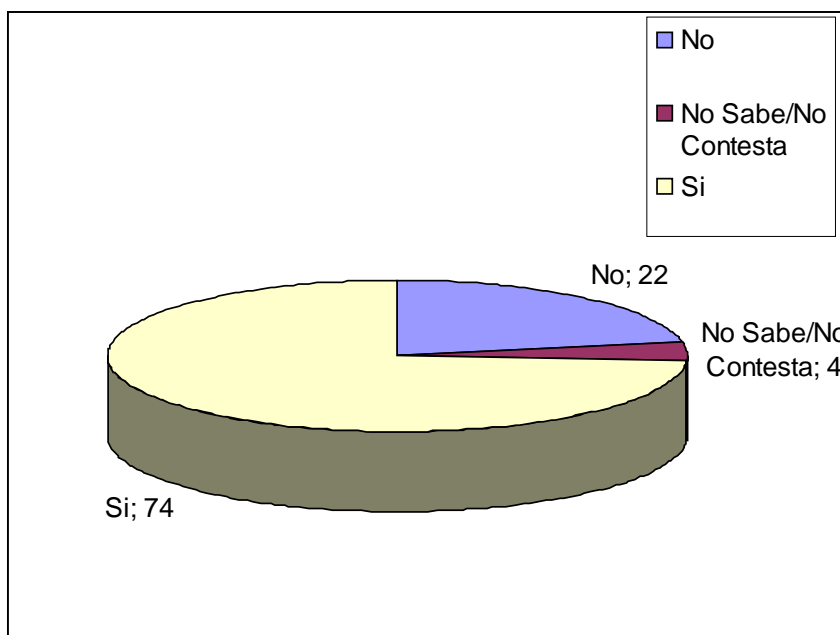
FORMACIÓN EN TERAPIAS NATURALES

Aquí se observa que la mayoría de los profesionales (un 66%) tenía ya alguna formación previa en terapias

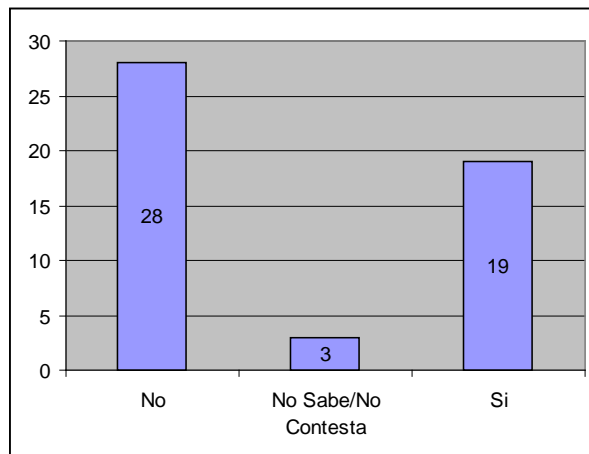


¿CONOCÍA LA TERAPIA NEURAL ANTES DEL CURSO?

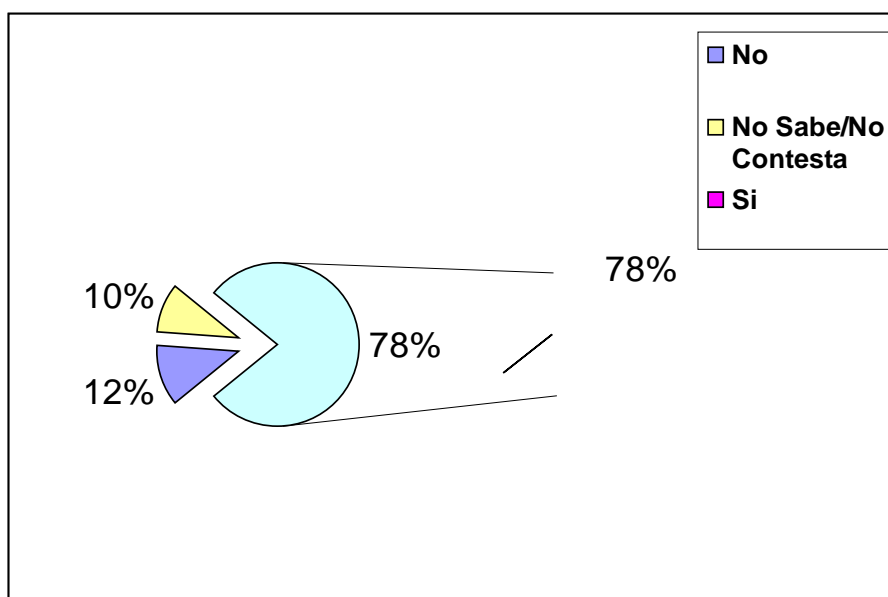
El 74 % de los profesionales conocían la Terapia Neural antes de iniciar el curso y por lo tanto ya sabían en que se basaba dicha terapia. El 26% restante empezó el curso con un total desconocimiento.



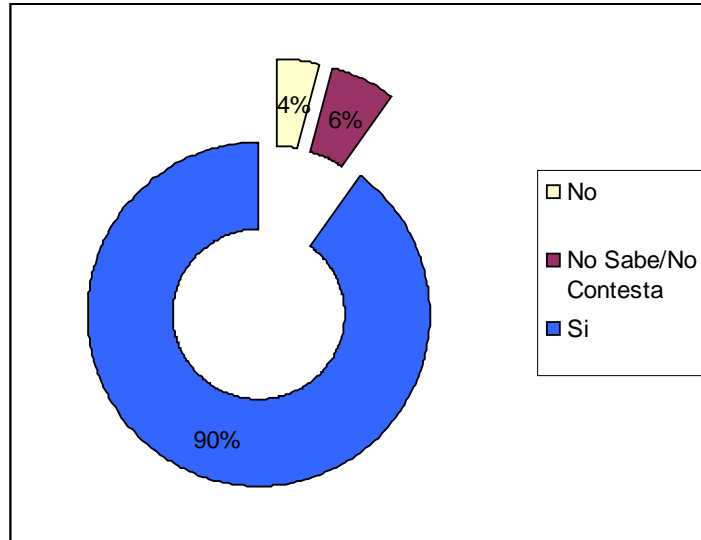
¿PRACTICABA LA TERAPIA NEURAL ANTES DEL CURSO? Aquí se observa que más de la mitad de los participantes en el curso no practicaban la Terapia Neural antes de llegar. Por otro lado 19 personas que si la aplicaban decidieron venir a ampliar conocimientos.



¿HA CAMBIADO SU FORMA DE TRABAJAR A RAÍZ DE LA REALIZACIÓN DEL CURSO? Un 78 % afirman haber producido cambios en su modo de proceder profesional a raíz de su incorporación en el máster. Este de por si es un indicador bastante relevante y más teniendo en cuenta que estamos frente a un colectivo de profesionales que llevan años trabajando en el mundo de la sanidad.

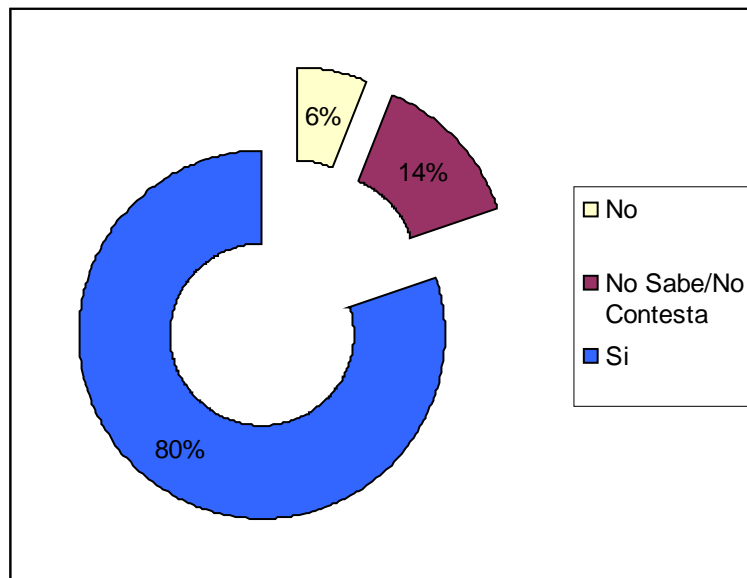


¿INCORPORA LA TERAPIA NEURAL EN SU PRÁCTICA? Era de esperar pero a la vez no deja de sorprender que dicha terapia conlleve cambios y el más importante y destacable es que el 90% (o el 96%) la incorporan en su práctica clínica.



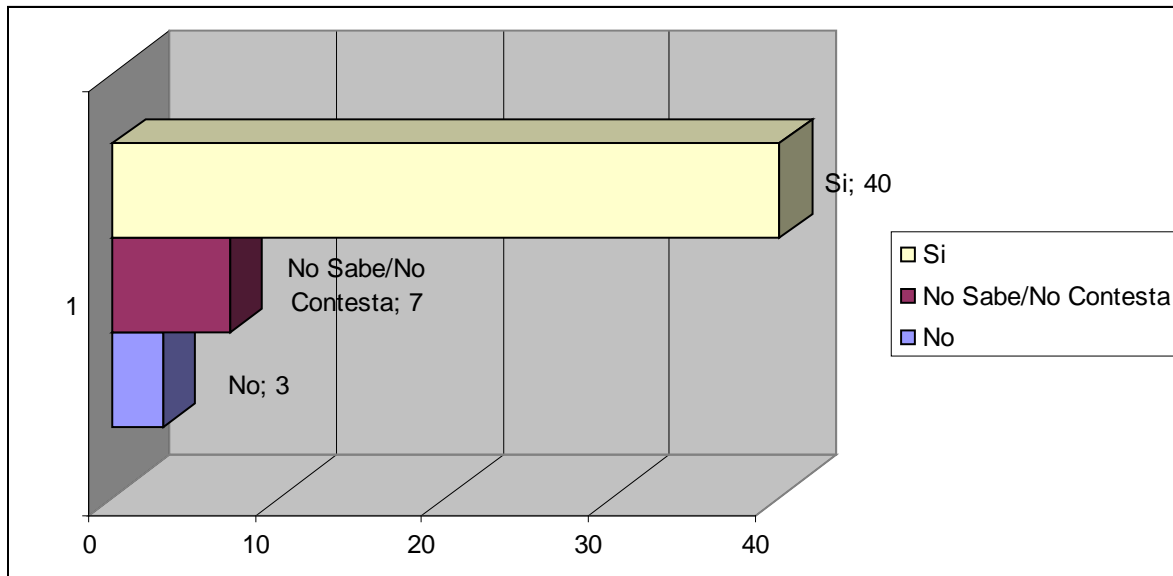
¿POSEE AHORA UNA VISIÓN MÁS HOLÍSTICA DEL SER HUMANO?

El efecto sistémico de la terapia neural “obliga” al sector alopático a dejarse rendir ante las evidencias “incomprensibles” en ocasiones y a tener en cuenta todos los aspectos que pueden interferir en el ser humano



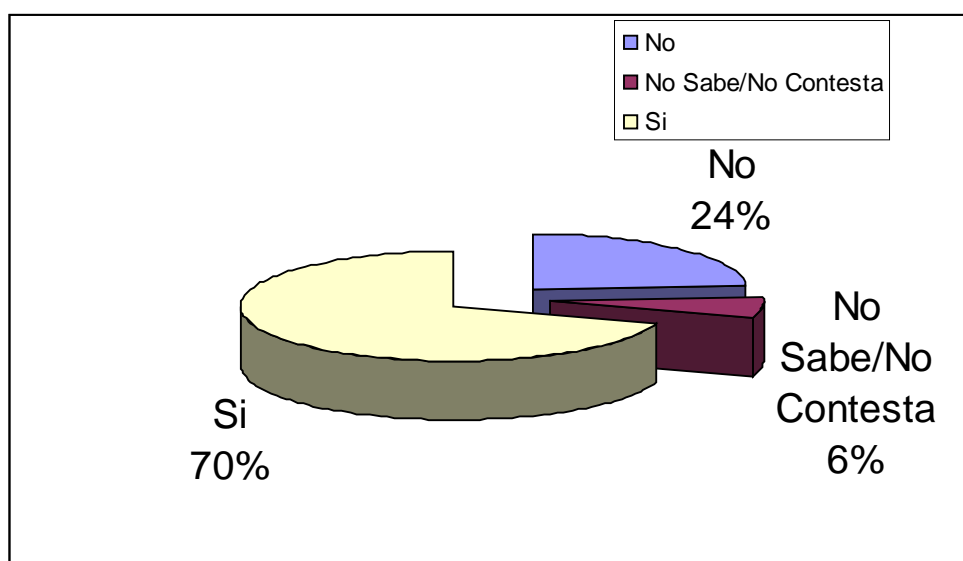
¿HA CAMBIADO EN ALGO LOS TRATAMIENTOS A LOS USUARIOS?

De nuevo aqui encontramos que el 80 % han modificado en alguna medida la interacción con sus usuarios, quizás debería realizarse un estudio cualitativo de cómo han acaecido los cambios.



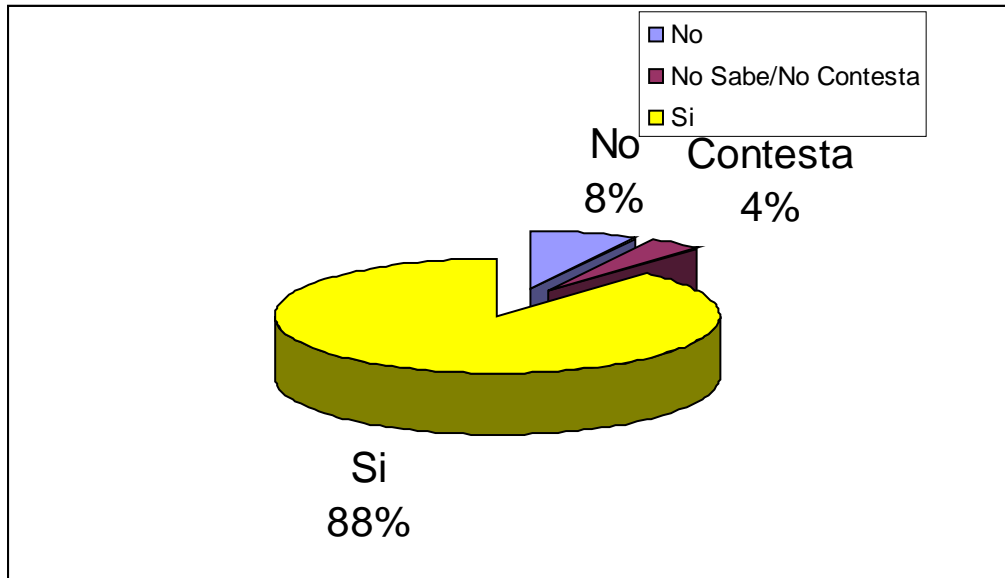
¿SE HA APLICADO TERAPIA NEURAL A USTED MISMO/A?

El clima de confianza suscitado en el curso ha llevado a que los asistentes hayan probado en su totalidad los efectos de la terapia neural en su cuerpo y no sólo a través de los pinchazos realizados por un/a colega sino también a si mismos por lo que se deduce.



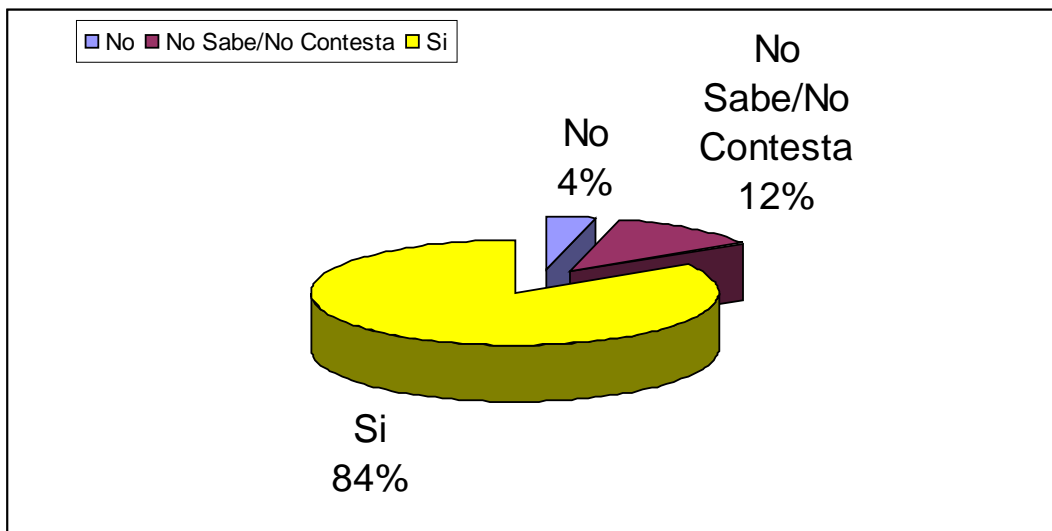
¿HA APLICADO TERAPIA NEURAL EN SU ENTORNO INMEDIATO (FAMILIA, AMIGOS)?

La confianza en un tratamiento hace que éste se extienda en el entorno. Como observamos esto sucede con la terapia neural En este estudio el casi 90% la aplicaron en su entorno inmediato. Este porcentaje no sería tan elevado si se hubieran percibido efectos adversos o indeseables (como a veces sucede con la gran mayoría de los fármacos)

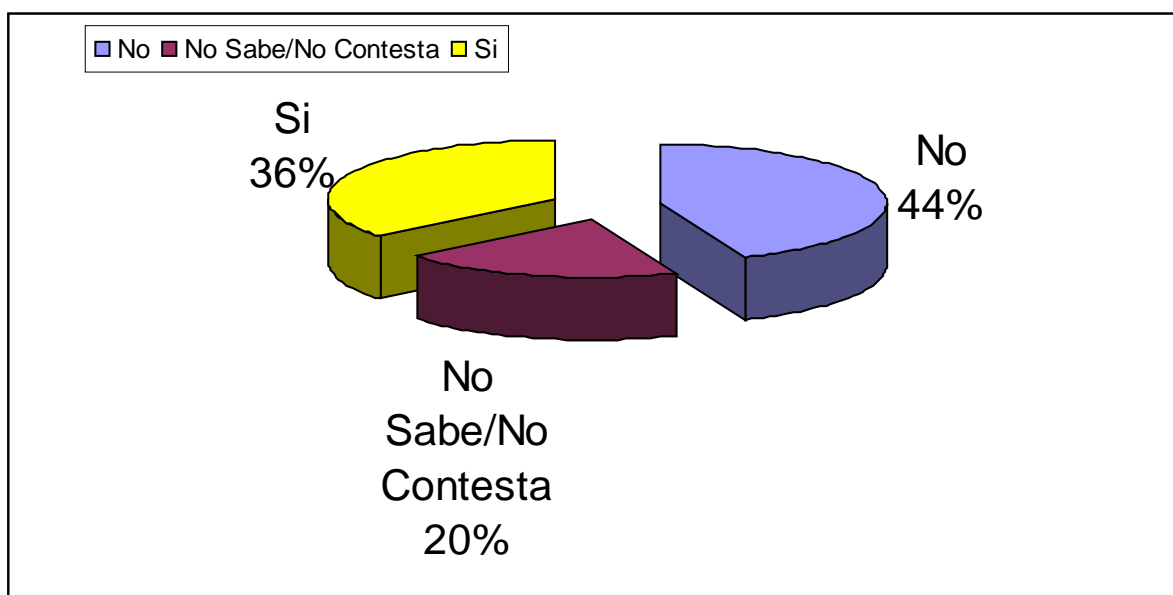


¿HA OBTENIDO RESULTADOS SATISFACTORIOS AL APLICAR LA TERAPIA NEURAL?

Otra evidencia a favor de su aplicación



¿SE VE CAPAZ DE PINCHAR TODAS LAS ZONAS DEL CUERPO?



Durante el curso, se verificaba a través de la observación como la población en estudio aplicaba las técnicas aprendidas de forma correcta tanto en el manejo de material como en las recogidas de datos, interpretación e interacción.

No se identificó como “buen neuralterapeuta” aquel que lo pinchara todo, más bien se trataba de que el que pinchara se sintiera cómodo y seguro de “lo que hacía” y “cómo lo hacía”. Y en el caso de “no atreverse” a realizar alguna de las intervenciones con algún riesgo evidente, se dejó muy claro que una buena actuación está en derivar a otro profesional en caso necesario.

En ningún momento se forzaba a los participantes a aplicar la técnica recién aprendida y todos tenían acceso a poder realizarla. Esto facilitó que cada uno aprendiera a su ritmo y se sintiera seguro de aquello que estaba realizando.

No hubo ningún accidente en los dos años, ni ningún caso de mala praxis.

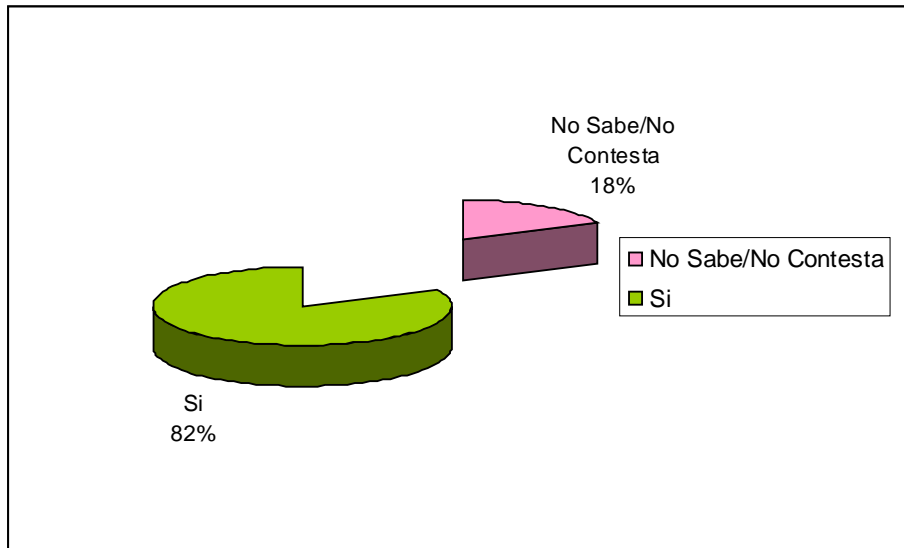
.

Las prácticas se realizaron entre compañeros y personas enfermas que vinieron a explicarnos sus experiencias y fueron tratadas con terapia neural

Resumiendo, tras la realización del curso se confirma que la mayoría del personal aplicó las técnicas de forma correcta.

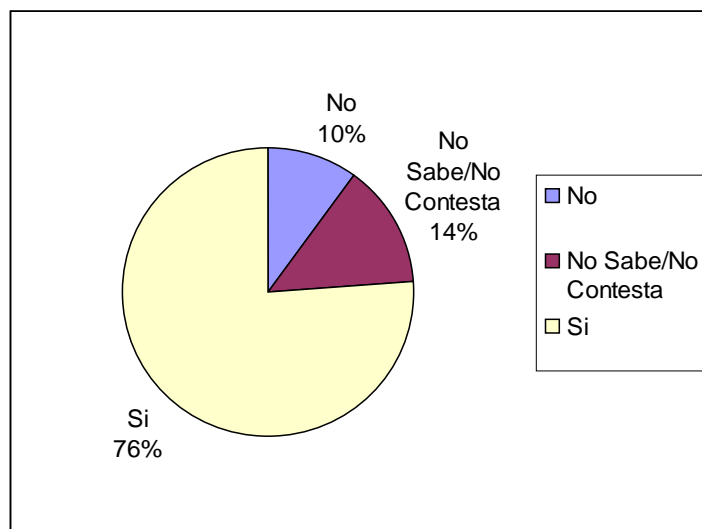
¿CONSIDERA QUE PUEDE SER UN BUEN TERAPEUTA NEURAL?

Ninguno de los participantes contesto un “no” rotundo. El 18 % que se encuentran en el “no sabe-no contesta” puede deberse a diferentes motivos: el momento en que se pasaron los cuestionarios (primera parte del curso) que hiciera que no se sintieran preparados. Recordar la anatomía estudiada, no dominar la técnica de administración de inyectables, ... Quizás a estas alturas cambiarían los resultados



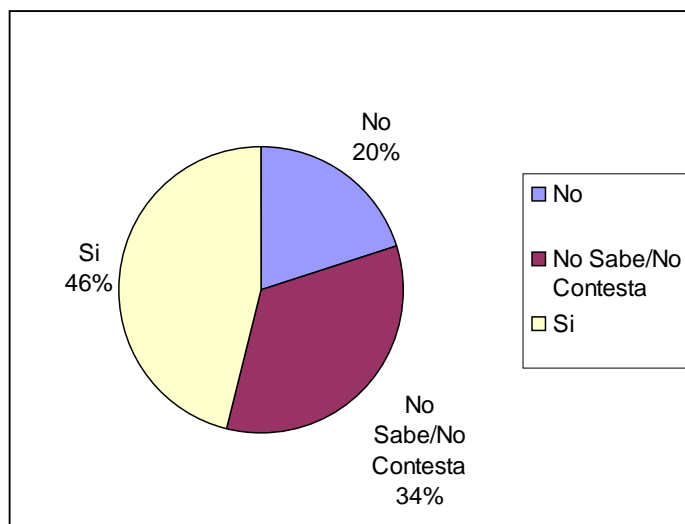
¿PARTICIPARÍA EN UN GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE T.N.?

La mayoría en el momento de pasar el cuestionario están dispuestos a colaborar en que se progrese en investigar con la terapia neural.



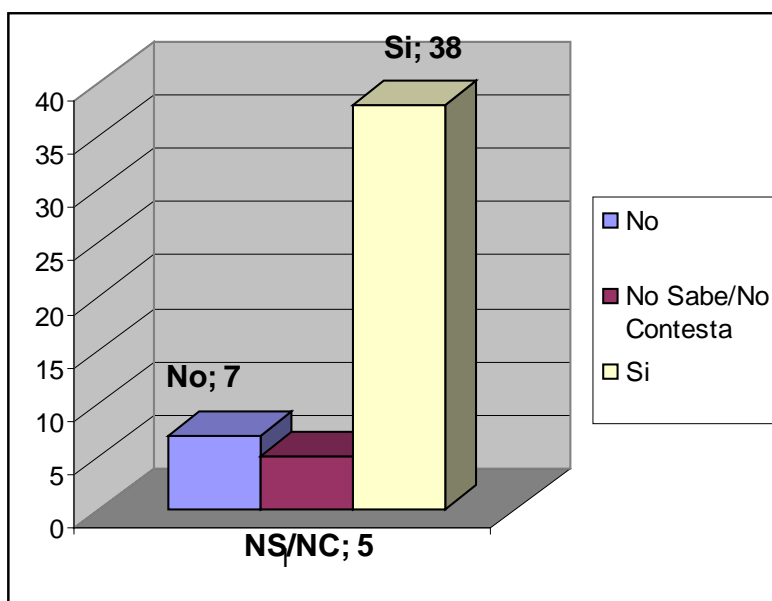
¿CREE QUE LA TERAPIA NEURAL TIENE POSIBILIDADES DE INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO?

No llegan al 50 % los que opinan que la terapia neural **pueda** integrarse en el sistema sanitario público



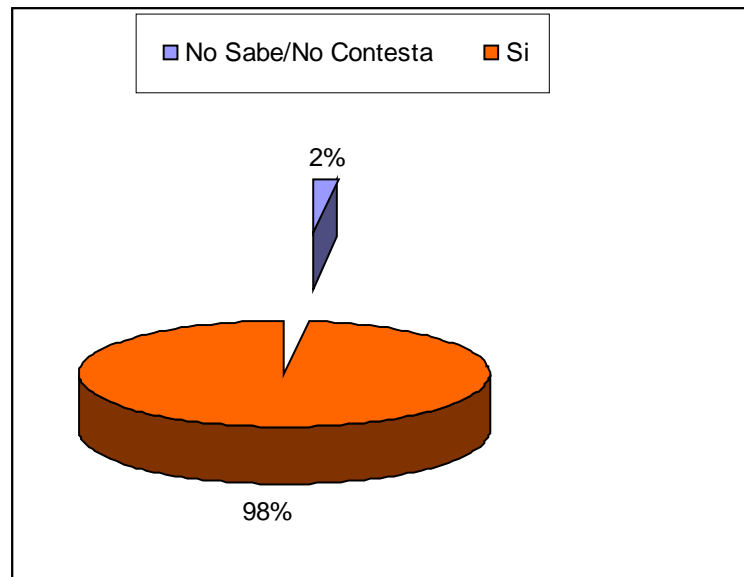
¿APLICARÍA TERAPIA NEURAL CON INDEPENDENCIA DEL ENTORNO EN QUE SE ENCUENTRA?

La respuesta a la aplicación de la terapia neural según el entorno pone en evidencia probablemente el que sea una práctica ni reconocida ni aceptada en el modelo sanitario actual, ello dificulta su incorporación al mismo.



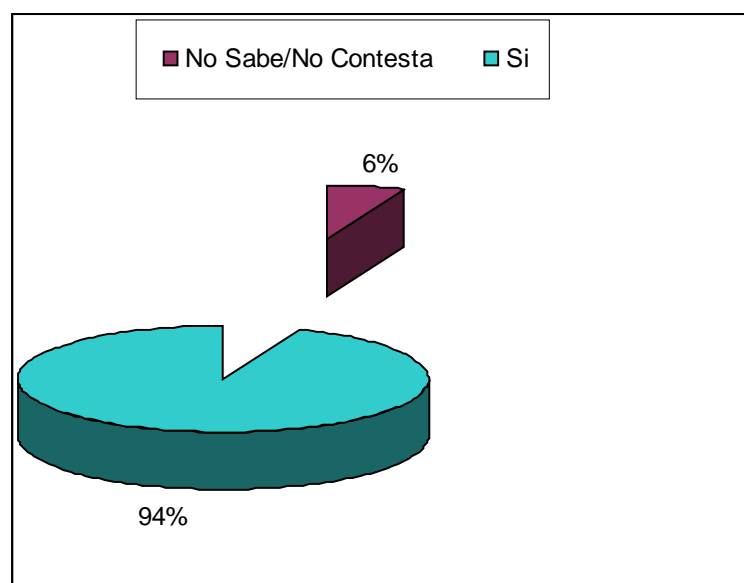
¿SE DEBERÍA PROMOVER LA DIFUSIÓN DE LA TERAPIA NEURAL?

La respuesta de promover la terapia neural es aplastante; Un 98% lo aprueban: si no funcionara o hubiera alguna duda, no habría tanta predisposición a destacarla. Sólo un caso se abstiene de opinar y nadie opina que no debería promoverse.



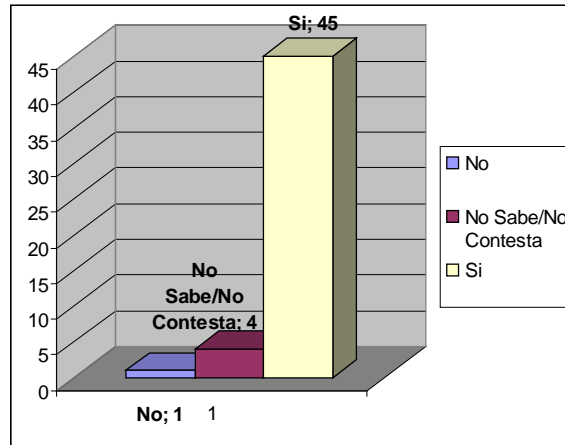
¿MEJORA EL PROCESO DE CURACIÓN LA TERAPIA NEURAL?

La respuesta de los efectos beneficiosos de la terapia neural no dejan duda a estos profesionales; el 94% tienen claro que los efectos son beneficiosos. El 6% restante se abstiene de contestar pero también aquí nadie opina que no mejore el proceso de curación.



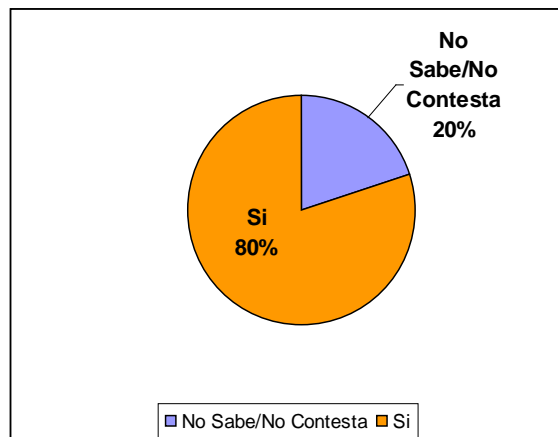
¿CREE USTED QUE LA TERAPIA NEURAL PUEDEN APLICARLA LOS MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y VETERINARIOS?

Se trataba de ver si los participantes veían capacitados a otros profesionales del sector de ciencias de salud diferentes al suyo para la aplicación de la terapia neural. La mayoría están de acuerdo en afirmar que puede ser aplicada por todos estos profesionales



¿CREE USTED QUE LA TERAPIA NEURAL PUEDEN APLICARLA LAS ENFERMERAS?

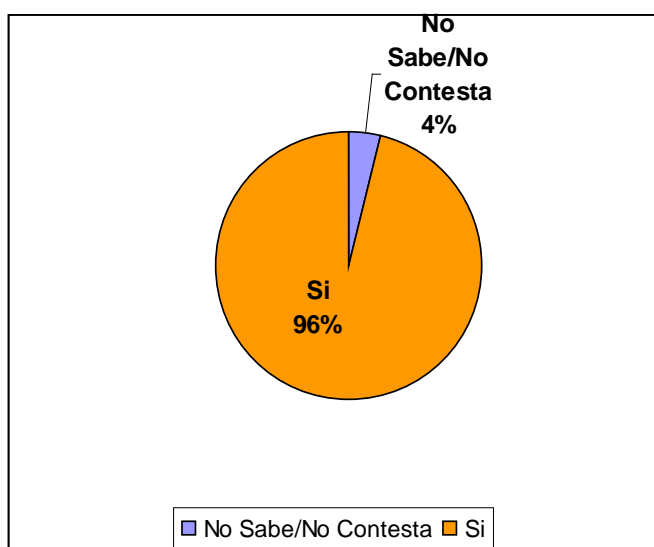
En el caso de la pregunta específica sobre enfermería como profesión capacitada para aplicar terapia neural la respuesta de la mayoría (80%) es que si pueden aplicarla. El 20 % restante no se manifiestan ni a favor ni en contra. Esto me lleva a pensar si realmente el sector enfermero sabe transmitir las múltiples facetas que conlleva esta profesión al resto de profesionales.



Del 20 % que responden “No sabe/No contesta” 3 sujetos poseen título de doctorado y 7 se encuentran en la categoría de “licenciados”. La totalidad de los “diplomados” responden positivamente a la cuestión.

¿CONSTITUYE EL DIÁLOGO UNA HERRAMIENTA BÁSICA EN TERAPIA NEURAL?

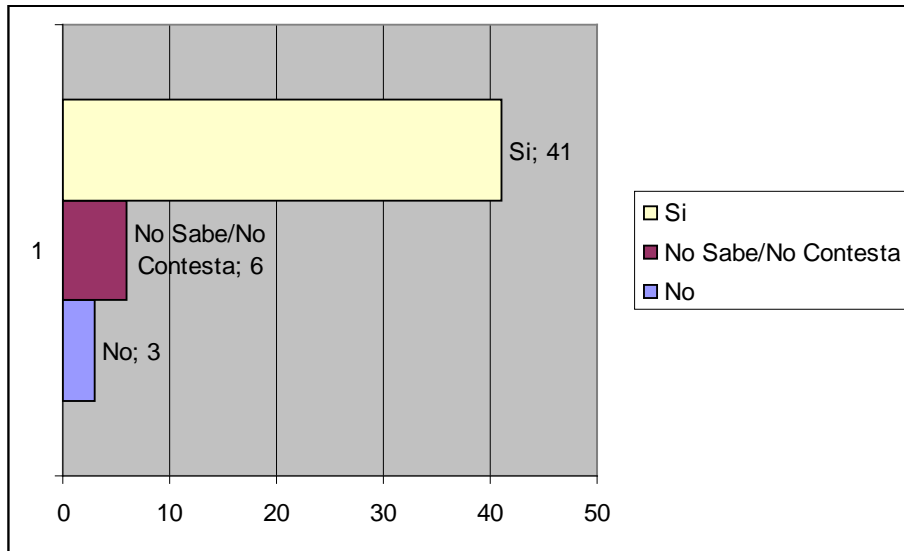
Evidentemente, en el curso se nos ha transmitido desde el primer día que a través de la entrevista detallada y personalizada, abierta y dirigida se obtendrán los parámetros básicos que indicarán, a través de esa relación que se establece con el usuario, el abordaje de la situación, las zonas a tratar o no tratar, y en consecuencia las posibilidades de evaluación y mejora. También a través del diálogo es como el paciente nos transmitirá su experiencia tras la intervención.



¿DEBERÍA INTEGRARSE LA TERAPIA NEURAL EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO?

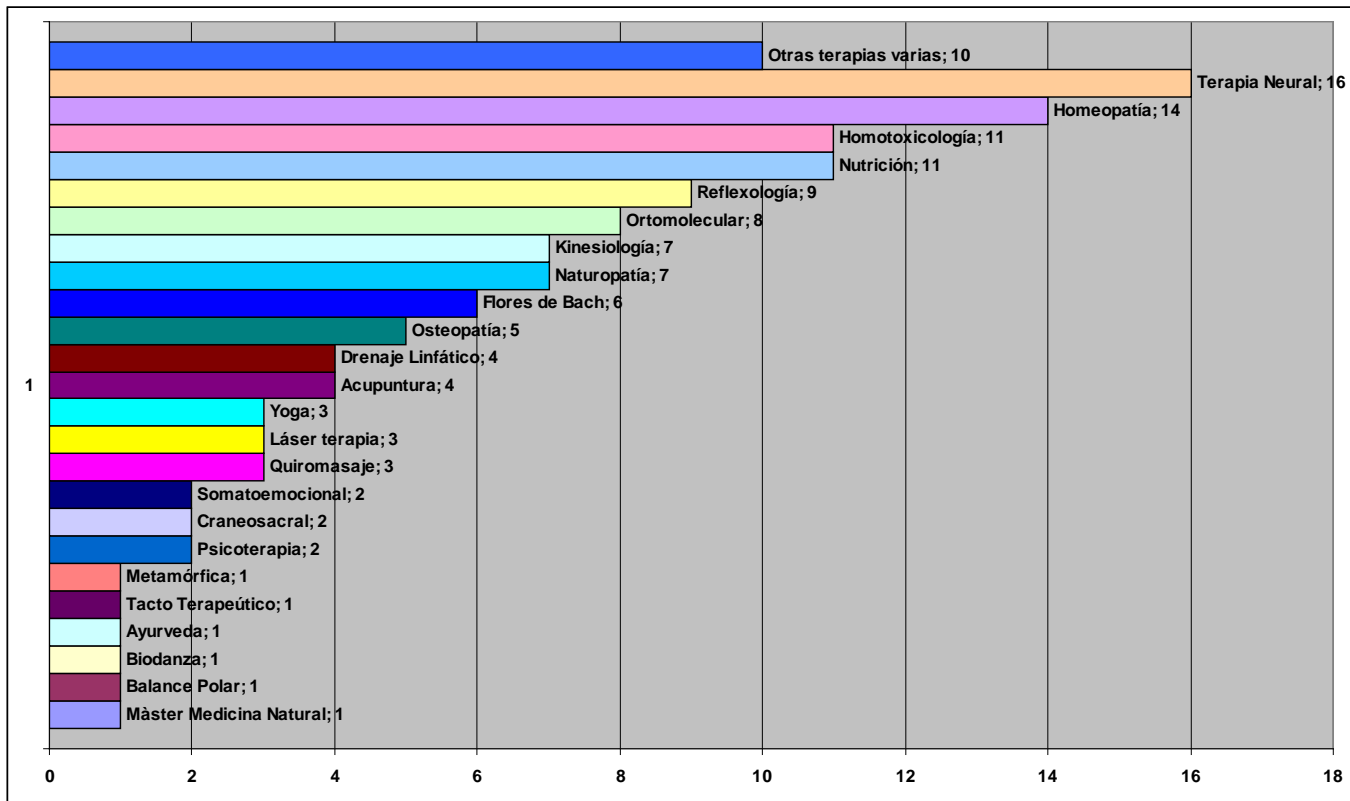
Hay una gran diferencia entre los que opinan que la terapia neural tiene posibilidades de ser integrada en el sistema sanitario público (46%) y la opinión de si debería formar parte del mismo; Un 80% creen que si.

Debería averiguarse porque tres de los sujetos no creen que habría que integrarla y que factores hacen abstenerse a otros 6 sujetos.

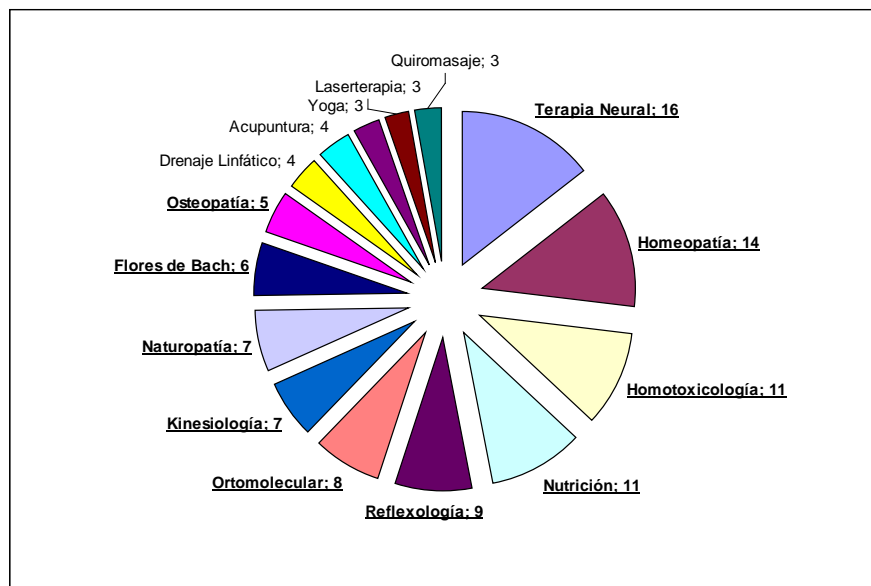


TERAPIAS ESTUDIADAS

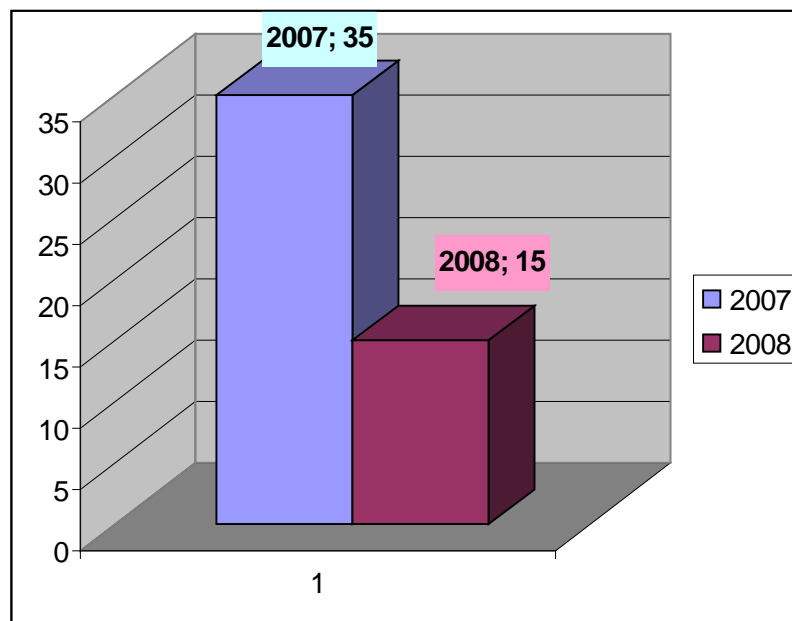
Aqui se ofrece una panorámica de las terapias más estudiadas por parte de los profesionales sanitarios que han formado parte del estudio. Este es un indicador de que estamos ante un colectivo con inquietudes diversas y búsqueda de métodos que puedan favorecer su práctica profesional.



TERAPIAS MÁS ESTUDIADAS



AÑO PRESENTACIÓN ENCUESTAS



J – III RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Coinciden con algunos de los resultados de la entrevista del cuestionario:

- La Terapia Neural Incrementa el nivel de energía percibida por el individuo en muchas ocasiones:

“Ayer no sentía esa necesidad imperiosa de echarme la siesta...”

“siento menor tensión corporal (no a nivel muscular, si no nervioso), como si el sistema nervioso estuviera menos alerta y por tanto en menor tensión y con menor pérdida de energía”

“creo que lo más destacado en mí es el aumento de vitalidad y como una especie de ‘claridad de ideas’ ”

“sin darme cuenta me encontré que el dolor de espalda había desaparecido y también sentí una gran energía y ganas de hacer cosas como hacía tiempos que no tenía”

- La Terapia Neural es una terapia holística que lleva a una autoecoorganización en el individuo que en muchas ocasiones, en un espacio de tiempo relativamente corto, lleva al sujeto a percibir un mayor bienestar. O tal como expresa un compañero:

“el **sistema** como un **TODO**, con sus relaciones sociales, ecológicas y con su historia personal creando en un momento dado una **emergencia vital** se **AUTOECOORGANICE** disipe su entropía y se sienta con mayor sensación de bienestar (como estructura disipativa) algo difícil de predecir y cuantificar.”

“Los resultados son muy muy buenos, a veces no tanto por ser espectaculares, que los he tenido, sino por esa capacidad de la TN de “abrir puertas”al propio conocimiento y de “tirar muros” interiores y exteriores (algunos más difíciles que el de Berlín).”

- Hace falta más investigación o continuar con los encuentros para dar más seguridad a los terapeutas que aplican Terapia Neural:

“la gent que torna sol estar contenta però segur que n’hi ha que no tornen i no se si es perque estan millor o al revés.”

“Los resultados no tienen una significación clara, , creo que puedo decir que siempre me quedo con la duda inicial sobre la naturaleza patológica de la(s) pieza(s) a chequear.”

- Los profesionales incorporan esta terapia en su práctica habitual:

“Ens aquests moments la TN suposa una part de les meves visites, potser un 20-30%, em permet seguir tractant pacients que no han millorat amb la rehabilitació o bé combinar-ho. “

“estoy muy satisfecho en la evolución de las extracciones dentales, así como en la cicatrización de las heridas quirúrgicas. También tengo muy buena experiencia en el tratamiento de las alveolitis postextracción y en la evolución postraspajes periodontales en casos de pacientes con enfermedad periodontal avanzada.”

“Sobre la aplicación de la TN pienso que es una herramienta valiosísima en la consulta porque es sencilla, rápida, barata y se puede aplicar a cualquier persona.”

“Para mí en este momento es de suma importancia la TN. La aplico prácticamente en el 100% de los pacientes adultos y cada vez en más niños.”

“La practico diariamente en mis cirugías y en la terapia holística”

¿Qué importancia tiene la Terapia Neural en tu profesión? “Cada vez mas. Es la que mas uso en la consulta privada y en la convencional cada vez que puedo y me dejan. “

K - CONCLUSIONES

- 1) La terapia neural resulta beneficiosa para las personas. Actualmente se aplica en la sanidad pública, muchas veces sin dejar constancia escrita de ello, unas veces de forma esporádica, anecdótica y minoritaria; otras, incorporada en el quehacer diario (como es el caso de unas enfermeras que la aplican a todas las episiotomías). Ello se viene realizando por los pocos profesionales que tenemos formados en el tema; me constan casos de comadronas, anestelistas, médicos, enfermeras, veterinarios, fisioterapeutas, aunque no deja de ser una práctica “informal” que no queda registrada la mayoría de las veces. En el ámbito privado podemos encontrar tanto médicos como dentistas o enfermeras que aplican terapia neural a sus pacientes, obteniendo resultados satisfactorios en la mayoría de los casos.
- 2) Hoy en día la terapia neural es llevada a la práctica por diferentes profesionales, mayoritariamente, por dentistas, médicos y enfermeras. Estos colectivos obtienen resultados similares. Por esta razón debería incorporarse en el rol autónomo de enfermería. (la terapia neural funciona, es y “puede ser” aplicada por profesionales de enfermería). Es por ello, que este estudio abre una puerta

que amplía el ámbito de aplicación de la Terapia Neural y la incorporación de dicha terapia al trabajo de las enfermeras, dentro de su rol autónomo.

- 3) La opinión de profesionales de la salud que han realizado el máster de terapia neural es que La terapia neural debería ser integrada en el sistema sanitario público.
- 4) Se debe fomentar y facilitar la formación de los profesionales de enfermería en terapias naturales en general y en terapia neural de forma específica, ya que los resultados indican que esto transmite una manera de cuidar más holística y completa. Y así se potencian los valores de equidad, justicia y respeto al ofrecer diversas alternativas, ampliando el margen de elección para los usuarios.
- 5) Hay que realizar estudios de investigación para “despertar” el interés por esta práctica en el resto de profesionales sanitarios. El sistema de investigación científica crece gracias a la inversión que realizan en gran medida los laboratorios farmacéuticos y se mantiene con la incorporación de nuevos investigadores, que son formados por sus predecesores. Me pregunto si en el campo de la terapia neural no han existido investigadores con posibilidades para investigar con el método científico y difundir lo que han vivido y aprendido con la terapia neural. Actualmente desconozco si en el mundo se realizan investigaciones de cualquier índole con esta terapia.
- 6) Las terapias naturales son utilizadas por un amplio sector de la población y es por ello que deberán tomarse medidas para que sean ofrecidas por la sanidad pública.
- 7) Hay que idear, planificar y poner en marcha métodos de difusión sobre las experiencias en terapias naturales a nivel mundial, de forma que se incremente el número de profesionales que “conozcan”, “estudien” y practiquen las diferentes opciones del prevenir, mantener, cuidar y recobrar el bienestar.

La edad biológica del colectivo estudiado, más la dilatada experiencia profesional y la acreditación previa en formación reglada oficial (y alopática) de los estudios de Ciencias de la Salud constituyen en si, premisas a tener en cuenta en la valoración de los resultados de este estudio, ya que se trata de opiniones de personas que pertenecen a un estatus social y profesional que ostenta una credibilidad y seriedad dogmática. Así dan a su vez un rigor profesional en la

práctica de terapia neural de cara a las instituciones sanitarias y académicas. Por todo ello el trabajo en si crea un precedente serio, susceptible de ser tenido en cuenta ante el planteamiento de incorporación de dicha terapia en nuestro sistema sanitario.

En la práctica de la Terapia Neural se sugiere enfatizar la calidad sobre la cantidad, de ahí que siempre se dedique “tiempo dilatado” al diálogo, a esa comunicación que se produce entre los seres humanos y que decide el futuro de la relación (diálogo entre iguales que no deberemos perder de vista). La evaluación por el número de pinchazos incentivaría el uso de prácticas que a largo plazo terminan deteriorando la propia calidad de esta terapia. Los criterios de impartición y evaluación que han tenido en cuenta los profesores del máster creo que han estado orientados por varias variables: asistencia, conciencia, dialéctica, reflexión, habilidades, presentación de trabajos, etc. y han contribuido a disuadir a los terapeutas de realizar estas prácticas de forma mecánica. Lo que se ha evaluado durante el curso además de la competencia técnica y de que las prácticas se realizan correctamente, es más el diálogo, el “saber hacer”, “el respeto”, “la autonomía”, el “criterio”, “la empatía”, “la sensibilidad”, “la creatividad” y la madurez profesional y académica”

El curso se realizó desde una perspectiva de “apertura mental” y dentro de los paradigmas de la integración y la transformación. Esto explicaría que se dejaran espacios de práctica especialmente en áreas con un fuerte componente experimental. Por ejemplo, el destacar la realización de una buena historia clínica de un paciente que, podría ser de dos tipos: el primero, hacerla en forma holística, bio-psico-eco-emocional y espiritual, muy creativa, elaborando, a medida que transcurre la entrevista, un diseño de ideas y acciones que conduce a hallazgos originales de interés y, el segundo, realizar la simple ejecución sistemática del protocolo de entrevista. Más aún, no ha sido infrecuente durante las clases que un compañero discrepara de otro en las zonas de abordaje de la terapia y en ambos casos se podía aceptar por válidas las proposiciones si estas seguían una secuenciación y un sentido común. Por esto, al realizar la evaluación de los participantes, independientemente de la calidad y cantidad de los pinchazos realizados (técnica central de aplicación de la terapia neural), creo que se ha tenido en cuenta factores como la capacidad de reconocer al otro, de mirar,

escuchar, respetar, acompañar, preguntar, intuir, hacer, proponer y llevar adelante intervenciones maduras, profesionales y humanas sin perder de vista la inmensidad y complejidad de la interacción con el otro, ese otro que se erige ante nosotros como paciente y como maestro, aquel guía que nos indicará a través de su auto-eco-organización, sus palabras, gemidos, miradas y gestos por dónde irá nuestra intervención y si esta ha sido o no fructífera. Y todo ello dará como resultado aportes relevantes en nuestro conocimiento individual de la terapia neural y las interacciones con los organismos vivos que, posteriormente podremos trasladar a la ciencia y a la sociedad.

Cabe destacar que hay un “reset” respecto al enfoque alopático a la hora de diagnosticar y tratar a las personas, ya que aquí, prevalece el individuo sobre las patologías que aquí se consideran básicamente como “los síntomas” del desajuste o desequilibrio del ser.

Hay necesidad de realizar investigaciones ya que nuestra civilización centra y basa los juicios de valor y acción en la medicina basada en la evidencia pero, buscando en PubMed, el buscador más utilizado en el campo de la Medicina, no he sido capaz de obtener resultados sobre la Terapia Neural. Es como si no existiera esta práctica o fuera de tan recién descubrimiento que apenas ha llegado el tiempo para poder ser estudiada. Si, es difícil observarla desde el ojo del método científico puro y duro, precisamente por la heterogeneidad e individualidad de sus resultados y difícilmente se realizará un meta-análisis en este tema ya que, no es susceptible de enriquecer a ninguna industria, ni a ningún sector concreto.

Y sin embargo la evidencia más cierta la vemos en el día a día al tratar a los pacientes con esta terapia y escuchar posteriormente como les ha funcionado en sus cuerpos. Si, no hay una evidencia estadística, pero si una evidencia palpable y real en individuos que nos aseguran que les ha funcionado y, en muchas ocasiones repiten (se dejan pinchar) y pagan de nuevo... ¿necesitamos más evidencias?. Además de que no hemos objetivado ningún empeoramiento irreversible por la aplicación de la terapia. Cabe también citar que hay algunos casos en que los individuos no experimentan cambio alguno en su “ser” (ni en positivo, ni en negativo)

L - ESTRATEGIAS A SEGUIR PARA DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO CON TERAPIA NEURAL

- Mostrar y formar en Terapia Neural a los profesionales sanitarios
- Discutir con el personal los valores, los paradigmas, los conceptos y los objetivos de los cuidados.
- Centrar la gestión del cuidado en la salud más que en la enfermedad.
- Ayudar a otros profesionales, a los pacientes y familiares a comprender el funcionamiento de las terapias naturales y alternativas en general y de la T.N. para mejorar la salud individual (a través de la investigación y la aplicación en la práctica).
- Fomentar investigaciones en este campo de las terapias holísticas.
- Explicar que la intervención terapéutica de enfermería en T.N. requiere utilizar más tiempo que una intervención delegada. Porque la enfermera utiliza la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales, evalúa integralmente al paciente ya que no se restringe sólo al análisis de problemas inmediatos.
- Modificar los sistemas de prestación de cuidado integrando la T.N.: número y tipo de personal que la aplica, descripción del puesto, criterios para evaluar los resultados, programas de educación, sistemas de evaluación del desempeño y su impacto en los costos del sistema de salud, sistemas de registro del cuidado y auditoria de calidad.
- Definir en consenso un modelo enfermero dónde integrar esta terapia.

La gestión de los cuidados debe estimular la creación de modelos de cuidado basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, pero sobre todo la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y su familia. (60)

La formación de recursos humanos que investiguen en terapia neural es entonces una actividad urgente a la que debe prestarse especial atención. Existen muy diversos instrumentos para realizar esta formación, que incluyen desde los cursos y la realización de seminarios de Terapia Neural (ambas funciones las realizan los

profesores del master, especialmente el director del master) pasando por los cursos de iniciación a los métodos de investigación. Debería quizás valorarse los efectos de la terapia neural que en sí ya constituyen “evidencia” del funcionamiento beneficioso de esta práctica e incentivarse el tiempo para que los investigadores se reunieran y se dedicaran a realizar estas actividades, y a crear un nuevo marco teórico, un nuevo paradigma, tanto en el marco teórico como en el práctico. De particular importancia es que las personas implicadas en la terapia neural no pierdan el contacto y vayan concretando un perfil, un espacio donde se integren todos los aspectos de la actividad cualitativa y científica, conocimientos disciplinares, estrategias metodológicas, implementación de técnicas, comunicación de los resultados, normas éticas, etc., teniendo como meta que se transforme en una disciplina comprensible tanto para los profesionales como usuario. El balance entre calidad y cantidad reviste aquí también gran relevancia. Por ejemplo, sería aconsejable tener un número de estudios concretos y concluidos a los cuales se les pudiera dedicar el tiempo suficiente para que se formaran adecuadamente metodológicamente y observados desde las múltiples facetas de la actividad científica.

Diversidad de aportes a los sistemas cualitativos y científicos y a la sociedad

Si queremos avanzar e innovar algunas cosas deberán cambiar en la situación actual de la enfermería en nuestro país y con ello me refiero a algunos temas que, es imperdonable que a estas alturas continúen vigentes y concreto:

- 1) Falta de tutorización: Una enfermera una vez finalizados sus estudios debe ser tutorizada durante un año como mínimo y trabajar durante ese año en un máximo de dos servicios de diferente especialidad. Así se evitarían la gran cantidad de “errores” que se cometen cada año, sobre todo en el periodo vacacional, ante la incorporación del nuevo personal, porque recordemos que con el título obtenido nos encontramos frente a una capacitación y para llegar a la profesionalización se requerirá del “paso del tiempo” en el “ejercicio” de la profesión.
- 2) Reconocimiento por parte de los estamentos que detentan el poder de la importancia que tiene la calidad de la atención enfermera y en consecuencia reflejarlo en la organización de los puestos de trabajo.

(espacios de trabajo interdisciplinar, facilitar el acceso a la investigación, etc)

- 3) Establecer una evaluación sanitaria por “actitudes”, además de aptitudinal.
- 4) Incrementar el número de plazas de oferta formativa de la profesión enfermera, ya que hay escasez de profesionales de este sector y pronto este déficit constituirá un grave problema sanitario y social.
- 5) Disminuir el número de pacientes por enfermera, ya que una sobrecarga de tareas y de trabajo nos lleva a realizar una “ejecución de técnicas” que cumplen con el protocolo siendo políticamente y laboralmente correctas y pasan por alto la necesidad individual que puede presentar el usuario diferente a la protocolizada por la institución para la consecución de “sus” objetivos. Aquí podríamos tomar ejemplo de algunos hospitales europeos, como por ejemplo en Holanda, donde una enfermera lleva 4 o 5 pacientes como máximo.
- 6) Reformar el sistema educativo de base, incorporando a la enfermera en el sistema educativo, enseñando a pensar y dando herramientas para el autocuidado, el autoconocimiento y la autogestión a los niños, adolescentes y profesorado.

Aumentar el número de intervenciones educacionales a todos los sectores de la población en cuanto a autoconocimiento y hábitos de vida saludable, así como técnicas de autogestión sanitaria.

M – NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Propuestas de la investigación

- Debido a la amplia utilización de las terapias naturales por la población en cualquier parte del mundo y a los beneficios que de ello se derivan (económicos y sociales), la enfermería debería seguir efectuando estudios de investigación en las mismas e informar de la existencia de la terapia neural y de otras terapias a los profesionales sanitarios.
- La formación de recursos humanos que investiguen en terapia neural es una necesidad urgente a la que debe prestarse especial

atención. Existen muy diversos instrumentos para realizar esta formación, que incluyen desde los cursos y la realización de seminarios de terapia neural (ambas actividades las realizan los profesores del Máster, especialmente el director del Máster), hasta los cursos de iniciación a los métodos de investigación, tanto cualitativa como cuantitativa.

- Habría que incentivar que los investigadores se reunieran y se dedicaran a planificar, elaborar y recoger información por métodos cualitativos y cuantitativos, y se implicaran en configurar un nuevo paradigma, perfilando tanto un marco teórico como práctico.
- Es de particular importancia que las personas implicadas actualmente en la terapia neural no pierdan el contacto y vayan concretando un perfil, un espacio donde se integren todos los aspectos de la actividad cualitativa y científica, conocimientos disciplinares, estrategias metodológicas, implementación de técnicas, comunicación de los resultados, normas éticas, etc. La meta de todo ello sería la transformación de la terapia neural en una disciplina comprensible tanto para los profesionales como para los usuarios. De no ser así, se corre el riesgo de que suceda lo que ha sucedido desde su descubrimiento, casi cien años, es decir, que quede como una práctica aislada y/o minoritaria.
- De cara a la profesión enfermera, queremos apuntar que este estudio abre una puerta que amplía el ámbito de actuación de la enfermera, ya que posibilita la incorporación y aplicación de la terapia neural en sus prácticas profesionales, en el marco de su rol autónomo.

Instrumentos y líneas a seguir para la investigación

- 1) Se deberían realizar y fomentar investigaciones bajo el paradigma científico, por ejemplo en cuanto a estudios sobre resultados de los profesionales que utilizan esta terapia.
- 2) En el caso de los individuos que reciben terapia neural, es difícil analizar los resultados desde la visión del método científico “puro y duro”, precisamente por la heterogeneidad e individualidad de los mismos. Aún así, deberían realizarse estudios comparativos entre grupos de enfermos con una misma patología, en los que unos serían tratados “además” o “sólo” con terapia neural.

- 3) Un análisis cualitativo con diferentes grupos de enfermos, valorando los efectos de la terapia neural que en sí ya constituyen “evidencia” y objetivando el funcionamiento beneficioso de esta práctica que subjetivamente ya nos transmiten los usuarios. Este análisis podría reflejarse a través de la narrativa.
- 4) Elaborar cuestionarios sobre la satisfacción en los usuarios de terapia neural.
- 5) Elaborar y unificar un cuestionario sobre la satisfacción que encuentran los diferentes profesionales en la utilización de la terapia neural en sus intervenciones profesionales.
- 6) Estudios de narrativas sobre diferentes pacientes tratados.
- 7) Estudios cualitativos y de grupos de discusión de terapeutas que utilizan terapia neural respecto a la percepción de los beneficios que aporta la misma.
- 8) La enfermería podría realizar investigación del “antes” y el “después” de la incorporación la terapia neural dentro de las intervenciones del rol autónomo en su práctica profesional.
- 9) Nombrar y estudiar las variables que potencian o inhiben la utilización de la terapia neural.
- 10) Establecer relaciones con profesionales que practican terapia neural en los diferentes países y elaborar, diseñar y compartir estudios e investigaciones comunes.

Actualmente la Terapia Neural se aplica en la sanidad pública, y muchas veces sin dejar constancia escrita de ello, de forma esporádica, anecdótica y minoritaria por algunos profesionales formados en el tema; me constan casos de comadronas, anestesistas, médicos, enfermeras, veterinarios, fisioterapeutas. En el ámbito privado podemos encontrar tanto médicos como enfermeras que aplican terapia neural a sus pacientes, obteniendo resultados satisfactorios en la mayoría de los casos, es por ello que creo que enfermería debería considerar ampliar

Si somos honestos con la realidad, la salud comunitaria está en crisis en la mayoría de los países, y el nuestro no es ninguna excepción. La meta de equidad en salud no se ha cumplido a pesar de los reiterados intentos enunciados por los organismos internacionales y los gobiernos. Una de las causas de este evidente

fracaso se atribuye, en parte, a las limitaciones del paradigma sanitario utilizado en las últimas décadas, que desechaba las terapias tradicionales, definido sin considerar las corrientes que emergían en el inevitable desarrollo social y que han provocado confusión y antinomias. Por lo tanto, se considera necesario definir un nuevo paradigma en el sector salud que se ajuste a la realidad y que incorpore a las corrientes actuales de pensamiento que sustentan los valores de equidad y justicia y que otorgan una responsabilidad activa al sector para enfrentar los desafíos de la salud para todos .

La alta relevancia que tienen las terapias tradicionales y las medicinas holísticas para la salud y la cada vez mayor frecuencia en qué la sociedad recurre a este tipo de prácticas, teniendo como competidor la medicina alopática y el arsenal químico-terapéutico, la prevalencia es bastante alta (ver por ejemplo “Uso de las terapias en España). Creo que ambas “corrientes” tienen sus propios medios; y deberían continuar conviviendo juntas dado que de cada una la humanidad debe obtener lo mejor para procurarse superiores condiciones de vida. Y es por ello que en occidente deberíamos integrar las “otras” medicinas y terapias en el sistema público para que el contribuyente tuviera opción “libre” de elegir como desea ser tratado. Así realmente conseguiríamos una equidad en salud, ya que hoy por hoy, tienen acceso a “las otras terapias” las personas que pueden costárselo a nivel privado y por lo tanto quedan relegadas a los individuos con mayor poder adquisitivo.

Visto que ya se presentó propuesta al parlamento europeo hace más de 10 años y teniendo en cuenta los objetivos extratécnicos de la OMS, más la realidad en nuestra sociedad de la existencia y eficacia de las terapias naturales y/o alternativas, y su convivencia con la medicina convencional. Ante determinadas patologías las personas nos planteamos como abordar mejor nuestras enfermedades y en función de la experiencia previa, del tipo de dolencia y de la situación particular nos decantamos por una terapia convencional o no. Pues bien, el que los servicios públicos de salud excluyan alternativas terapéuticas a la medicina convencional supone que los sistemas de salud no estén cumpliendo con su meta de responder a las necesidades de toda la población. Por este motivo, me reitero en que sería recomendable la inclusión de dichas

terapias en el sistema sanitario público de la Seguridad Social. Se entiende como terapias naturales aquellas que estimulan la capacidad del propio organismo para combatir situaciones consideradas anómalas. Entre ellas se encuentran la Naturopatía, Osteopatía, Acupuntura, Homeopatía, el Masaje, Shiatsu,... la Terapia Neural.

La iniciativa de la Sra. Marina Geli ha sido totalmente lógica y necesaria, aunque los estamentos dominantes la han frenado en pro de perpetuar un arcaico y no siempre eficiente sistema que, también presenta fallos como todos sabemos

En España se llevan a cabo alrededor de 300.000 consultas diarias. Ante tal demanda, se debería solicitar a la Administración la inclusión de este tipo de terapias en el sistema sanitario público de manera que los ciudadanos puedan libremente decidir qué método desean adoptar para tratar sus enfermedades.

Otras antinomias en el sistema actual;

Por un lado los representantes del paradigma científico racional, como estamentos jurídicamente legales, llamense universidades o colegios de médicos o colegios de enfermería por ejemplo de Barcelona ofrecen dentro de sus cursos formativos de pre y/o post-grado cursos relacionados con las terapias naturales, en cambio desde “la evidencia científica” se niegan los beneficios de dichas terapias.

Por otro lado tenemos informes (ejemplo anexo 1) de efectos devastadores como consecuencia de la medicina alopática “basada en la evidencia” (quizás deberíamos preguntarnos si sólo se evidencia lo que interesa y si sólo la medicina basada en la evidencia es el único criterio válido de investigación)

Por último, como ya he dicho, la alta incidencia de utilización por parte de la población de estas terapias a nivel privado indica que algo sucede y aunque no consten estudios de rigor científico estadísticamente representativos tendremos que admitir que no por ello reportan efectos beneficiosos a las personas que los emplean; Quizás deberemos replantearnos los sistemas de investigación como ya he dicho (Véase el estudio del uso de terapias en España realizado por el observatorio de terapias naturales).

Este estudio es necesario dada la situación actual tanto desde el punto de vista de la formación reglada, como legislativo, sanitario, económico, laboral y social.

El objetivo implícito que perseguiría este trabajo sería erradicar la desigualdad social en materia de salud; Todas las prácticas que tienden al reequilibrio personal deberían tener la posibilidad de acceso por parte de toda la población. Y actualmente esto no es así... la acupuntura, homeopatía, osteopatía, flores de bach, bioenergética, yoga, terapia neural, ayurveda, por citar algunas de las “otras terapias” pertenecen a la práctica privada en nuestra sociedad capitalista, con ello el acceso al mundo alternativo viene siendo disfrutado, como ya he dicho anteriormente, por aquellos que tienen mayor poder adquisitivo.

Como ya he dicho en el apartado de “gestión del cuidado”; Tenemos claro, una vez hemos asistido a las sesiones formativas del máster impartido en Santa Madrona que, necesitamos y debemos transformar la administración tradicional de recursos que hemos venido realizando por una actividad estratégica.

Una enfermera especializada en gestión de enfermería, tiene entre sus funciones la de analizar las experiencias positivas en la mejoría de la calidad de la atención. Así mismo será necesario que diseñe indicadores de gestión y calidad que evidencien el valor agregado de los cuidados de enfermería. Y es por ello, que deberá liderar proyectos de formación, de práctica académica innovadores que permitan una experiencia coherente y vinculante con la realidad del sector salud. Y posteriormente habrá de promover la documentación, investigación y presentación de resultados de la gestión de los servicios en los que se han incorporado las innovaciones para retroalimentar y difundir la práctica y la formación de los profesionales de enfermería. Por ello considero que enfermería debería formarse en terapia neural.

Con el estudio teórico he buscado ver el alcance de las terapias naturales y en concreto de la Terapia Neural y, las aportaciones y posiciones de las diferentes representantes, escuelas y modelos enfermería a lo largo del tiempo. La investigación empírica se ha basado en averiguar el grado de satisfacción con la

neuralterapia y justificar la credibilidad de las opiniones de los participantes en la investigación (formación, edad, años de experiencia, etc.)

La propuesta es de integración de la Terapia Neural en enfermería, aplicada como parte de su rol autónomo. Vistos y fundamentados los beneficios de la aplicación de Terapia Neural por parte de enfermería y las posibilidades de aplicación en el contexto de la sanidad española , teniendo en cuenta la falta de personal formado en este campo.

Este estudio es necesario debido a las previsiones de carga sanitaria previstas en el futuro. Sería una herramienta a tener en cuenta por los profesionales y podrían verse beneficiadas muchas personas con su utilización.

He pretendido con este trabajo: Justificar la propuesta de incorporación de la Terapia Neural en el Sistema Sanitario Público y fomentar su aplicación como parte del rol autónomo de enfermería para la mejora del bienestar de los usuarios.

Me parece que cualquiera que realice una lectura detallada se dará cuenta de que aquí se realizan sugerencias dignas de ser tenidas en cuenta ya que, en cualquier caso, serán una ayuda en el funcionamiento del sistema tanto a nivel sanitario como social.

Los objetivos específicos que me planteaba en esta investigación se han conseguido a través de las respuestas recogidas en los cuestionarios y en las entrevistas:

- 1) Detectar factores que inciden en la práctica de la T.N. en nuestro entorno
- 2) Conocer la opinión de los participantes en el master de Terapia Neural de si enfermería puede ofrecer la terapia neural a los usuarios y desarrollar esta práctica como parte de su rol autónomo.
- 3) Proponer líneas de actuación de investigación (estudios cuantitativos y cualitativos) para fomentar y difundir los beneficios de la terapia neural.
- 4) Conocer las Terapias que se enseñan, utilizan y ofrecen en nuestro país.
- 5) Conocer las terapias a las que accede el personal sanitario que se esta formando en Terapia Neural

- 6) Comprobar si enfermería puede integrar en su rol y aplicar la terapia neural autónomamente
- 7) Conocer y registrar opiniones de usuarios de terapia neural
- 8) Conocer y registrar opiniones de practicantes de terapia neural
- 9) Concluir si la terapia neural puede constituir un producto enfermero a tener en cuenta dentro del marco economico-sanitario actual en nuestro país.

Por ello una propuesta que realizo desde aqui, será tratar de buscar, utilizar y asimilar todos los aspectos positivos de las medicinas tradicionales y/o alternativas, que van a traducirse en una mejor utilización de los recursos de la naturaleza para recuperar la salud, esto es, en una integración y apertura de dichas terapias a los objetivos del Sistema Público de Salud que permitan alcanzar una terapéutica que conduzca a un mayor bienestar social.

Antes de finalizar recordemos unos datos indicativos:

Según un artículo aparecido en el Mundo el 30 de enero del 2007, hablamos de **más de 3.500 centros y 5.000 profesionales** que se dedican a aplicar o enseñar estas terapias. Según un estudio del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona (COFB), **el 67% de los enfermos crónicos de Cataluña utiliza terapias naturales** como tratamiento y el 30% de la población catalana ha recurrido alguna vez a estos profesionales. (58)

En los últimos años el gasto sanitario ha aumentado, pasando de 23.557 millones de euros en el año 1991 a 46.681 millones de euros en 2001. Si bien tanto el sector público como el privado experimentaron en esta década un importante desarrollo, el gasto sanitario privado ha sido el que más ha aumentado en estos diez años, multiplicando su inversión por 2,6, mientras que en el caso del gasto sanitario público se multiplicó por 1,8 durante el periodo de estudio.

El gasto farmacéutico de la Seguridad Social también ha sufrido un importante incremento en los últimos años, pasando de 3.101,8 millones de euros en 1991 a 7.084,4 millones de euros en el año 2001.

Otro de los desafíos que el sistema sanitario se plantea ante el imparable proceso de envejecimiento de la población, es el de la cobertura asistencial. En el caso de España, que pronto se convertirá en el país de la Unión Europea con mayor proporción de ancianos, la red hospitalaria parece insuficiente para cubrir las necesidades sanitarias de un grupo de población en aumento.

De este modo, en el año 2000 el 13,5 por ciento de los hospitales estaban especializados en geriatría, de acuerdo con los datos facilitados por el INE; en cuanto a la oferta de camas, el 7,3 por ciento del total de camas en funcionamiento en los hospitales españoles estaban destinadas a la especialidad geriátrica. No obstante, el crecimiento de la proporción de personas de 65 y más años debe implicar un cambio cualitativo de la atención y cuidado médico, no tanto orientado a un enfoque curativo, lo cual provoca una excesiva dependencia medicofarmacéutica, como a primar la prevención. Pese a las ganancias en calidad de vida y salud de los mayores, no se puede obviar que el riesgo de padecer alguna discapacidad aumenta con la edad y que, la vejez conlleva ciertas limitaciones físicas que, no obstante, serían fácilmente solventables con una adecuada planificación geriátrica de provisión de servicios y el establecimiento de sistemas de atención a las personas mayores. Los cambios demográficos que se están produciendo en nuestras sociedades requieren una revisión de los planteamientos vigentes. Las reformas sociales, económicas y políticas que el proceso de envejecimiento exija, no se deben fundamentar en las implicaciones que el aumento del volumen de población mayor de 65 años tendrá en la sociedad, como son el incremento del gasto social en sanidad y de las pensiones de jubilación, entre otras.

El envejecimiento de la población y su relación con las minusvalías y las enfermedades crónicas, aumentan las necesidades asistenciales

El concepto de competencia y de todo lo que ello significa, conlleva a un estado de responsabilidad por parte de la enfermera hacia los pacientes (persona cuidada, familia...), el equipo de salud con el que trabaja (relaciones interprofesionales y interdisciplinarias), la comunidad y la sociedad a la que oferta sus labores, y por supuesto hacia ella misma, puesto que la propia definición

comprende una dimensión interpersonal en la que también tienen su lugar los valores y las actitudes propias para alcanzar el nivel estimado.

Pero aún así, podemos observar como continuamente y año tras año, acceden a puestos de especialización enfermeras recién graduadas que aún no poseen esa “dedicación habitual del individuo” que reza la definición primera de profesión y que no han adquirido totalmente las competencias de puestos a los que acceden por necesidad de las instituciones y del sistema y, se les pide que actúen con total profesionalidad como si fueran ya expertas con experiencia. Por ello sucede lo que sabemos todos los profesionales del sector; Se dan múltiples incidentes y accidentes, algunos declarados, otros disimulados o silenciados, y aunque es evidente (por el sentido común) que no puede rendir igual un profesional experto que una persona recién formada y a pesar de que también se sabe que el trabajo que realizan las enfermeras está relacionado con la mejoría de la salud y con personas en situación de indefensión y fragilidad (la mayoría de las veces) y por ello los errores pueden resultar de una gravedad extrema, aún así, se continúa perpetuando esta situación repetitiva y absurda y no se contempla ninguna figura de tutorización para asegurar un aprendizaje seguro y afianzar como dice Marriner esa “actuación cualificada” real. En cambio cabe destacar que esto no sucede con el colectivo médico, el cual trabaja curiosamente con las mismas personas que enfermería. Me pregunto que detonante hará cambiar esta situación.

El sistema de salud, dentro de la concepción incluyente, tiene que tener en cuenta, respetar, reconocer e integrar concepciones y racionalidades que hasta ahora han sido marginadas. Aquí se incluye las terapias naturales, alternativas y/o complementarias

Para mí la enfermedad vendría definida como un conjunto de signos y síntomas que se producen fruto de un desequilibrio en el sistema y que afectan en menor o mayor grado el bienestar del individuo. Y me permito añadir que, como apunta el Dr. Patrick Veret, el equilibrio depende de la regulación de influjos energéticos que hoy día podemos poner de relieve mediante detectores eléctricos (119. pag 15). Para dicha regulación disponemos de diferentes técnicas, entre ellas la

terapia neural o el tacto terapéutico. Es otro argumento también que nos lleva a pensar que deberíamos integrarlas.

Perspectivas de futuro: De momento lo que está claro es que la Terapia Neural y sus congéneres (ayurveda, acupuntura, flores de Bach, etc) continuarán aplicándose a nivel de la sanidad privada, aunque quizás progresivamente vayan apareciendo “estudios” o “investigaciones” que ratifiquen los beneficios de estas terapias proscritas y el sector político consiga ver el beneficio de bienestar social, sanitario y económico a largo plazo decida luchar por su inclusión y... lo consigan!.

De momento tenemos como avanzadilla “la intentona” que ha realizado nuestra querida y honorable consellera la Sra. Marina Geli, aunque han tirado por tierra su propuesta, pero al menos ya ha sentado un precedente histórico (Que era inevitable que surgiera) y tal y como va avanzando la sociedad por diferentes sectores; los usuarios que utilizan las terapias, los colegios oficiales de médicos y enfermeras que organizan cursos y un máster en medicina natural, hospitales en diversos puntos del territorio nacional que realizan investigaciones con terapias concretas y enfermedades determinadas, más los miles de terapeutas que trabajan en nuestro país... si, creo que es cuestión de tiempo su integración, sólo hay que estudiar la manera de integrarlas en el sistema, la manera de financiación el coste económico real a corto y largo plazo versus el beneficio que pueden reportar.

Si, en pequeña escala y a nivel privado funcionan estas terapias, ahora es cuestión de los estamentos de poder; hay controversia e intereses que pueden frenar su avance a nivel mercantilista, económico, político , social y académico. Aunque tras tantos años de convivencia de las terapias con la medicina alopática habrá que rendirse “finalmente” a la “evidencia” y “ceder” parte de este monopolio oficial de la salud en “pro” de la ética, del humanismo, del bienestar social y la “equidad” en salud para conseguir finalmente una sociedad en que se cumpla realmente el artículo 43 de la Constitución en que:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. *(Esta claro que en nuestro país sólo se ven como “necesarios” los derivados de la medicina alopática, mientras que un % elevado de la población demuestra que “necesita” también las “otras” terapias)*

3. Los poderes públicos **fomentarán la educación sanitaria**, la educación física y el deporte.

Para finalizar, spero haber contribuido con un granito más de arena a potenciar la inclusión de las terapias y que salgan beneficiados todos los seres humanos que ahora no pueden acceder a ellas.

N - BIBLIOGRAFIA

- 1) Fernández Collado E. “Desarrollo del producto enfermero en la línea asistencial”. Gestión Hospitalaria nº1, 1996. pág.48-64
- 2) Teixidor Freixa M. “Los espacios de profesionalización de la enfermería” Enfermería clínica 1997
- 3) Hernández Serra, R.M. “La medición del producto enfermero”. Enfermería clínica, vol.5, nº3. pág. 111-117 1995
- 4) Blasco Juan, C, Sastre Batlle, A., Vilasis Grifé, M. “Viabilitat del producte infermer” nº1; 1997.
- 5) <http://www.lafactoriaweb.com/articulos/ramoneda23.htm>
- 6) <http://www.justlanded.com/espanol/Espana/Herramientas/Guia-Just-Landed/Salud/El-sistema-sanitario>
- 7) http://www.uvilce.es/uvilce/index.php?option=com_content&task=view&id=399&Itemid=117
- 8) <http://www.aprendemas.com/Noticias/DetalleNoticia.asp?Noticia=1994>
- 9) <http://www.innatia.com/noticias-c-salud-bienestar/a-catalunya-terapias-00036.html>
- 10) http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?cid=1072793423689&pagename=ExcelenciaEnfermera%2FPage%2Fplantilla_Editorial_EE&numRevista=12
- 11) http://www.um.es/socrates/sistema_salud_espana.htm
- 12) http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l16-2003.html#a7
- 13) http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l41-2002.html

- 14) Kérouac S., Pepin, J. Ducharme, F., Duquette, A. Major F. "El pensamiento enfermero". 1ª ed. Barcelona: Masson, S.A.; 2005
- 15) <http://naturopatas.nireblog.com/post/2008/05/31/el-largo-camino-de-las-terapias-naturales>
- 16) Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud
- 17) Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Competències de la Professió d'Infermeria; Institut de Estudis de la Salut; 1998, p.7
- 18) Marriner-Tomey A., Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ªed. Madrid: Mosby; cop.2003. p.173
- 19) Benner P. Práctica progresiva en enfermería: manual de comportamiento profesional; 1ªed. Barcelona: Grijalbo; 1987. p.30-31
- 20)<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/espocbct.pdf>
- 21) Benavent A., Ferrer E., Francisco C. op.cit. p.72
- 22)<http://www.monografias.com/trabajos15/fundamentos-profesionales/fundamentos-profesionales.shtml#PROFESION>
- 23) Benavent A., Ferrer E., Francisco C. op.cit. p.72
- 24) El pequeño Espasa; 4ª ed. Madrid: Espasa-Calpe; 1989
- 25) Fernández, J. Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión. Revista Electrónica de Investigación Educativa 2001 (vol. 3) nº2 disponible en: http://redie.ens.uabc.mx/vol3no2/contenido_fernandez.html p.24-28
- 26) Diccionari de la llengua catalana; 2ª ed. Barcelona: Enciclopèdia Catalana, S.A.; 1983
- (27)http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/Archivos/Apuntes/2005_2006/3r_Portafoli_pernas.doc
- 28) López Ruiz, J., Grup de teràpies complementàries. Instruments complementaris de les cures d'infermeria ; 1ª ed. Barcelona : Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona ; 2004
- 29) Sintès Pros, J.; La doctrina hipocràtica; Barcelona: editorial Sintès, S.A.; 1979
- 30) Lazaeta Acharan, M. La Medicina Natural al alcance de todos; 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Kier, S.A; 1957
- 31) http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html
- 32)<http://mx.answers.yahoo.com/question/index?qid=20071119064159AAnrPkf>

- 33) <http://www4.ujaen.es/~jggascon/Temario/Generalidades.pdf>
- 34) <http://www.ecovisiones.cl/ecosalud/terapias/reflexologia.htm>
- 35) <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias6.htm>
- 36) <http://www.mantra.com.ar/contterapiasalternativas/toqueterapeutico.html>
- 37) <https://www.laislalibros.com/libros/SOLTARSE-DECIRLE-SI-A-LA-VIDA/L1232000245/978-84-293-1753-4>
- 38) http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html
- 39) http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson
- 40) <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias4.htm>
- 41) Marriner-Tomey: "Modelos y teorías en Enfermería". Mosby/Doyma Libros. 3ª edición. Madrid-1994
- 42) <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias5.htm>
- 43) <http://enfermeros.org/modelos-teorias.html>
- 44) <http://200.121.71.62/diccionario/buscar.php?meta=leter&dic=medico&q=Levine,%20Mira%20Estrin>
- 45) Tejada J. El proceso de investigación científica. Barcelona: Fundación " la Caixa"; 1997.
- 46) Lorenzo L. Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/infosoc_envej.pdf
- 47) <http://mx.groups.yahoo.com/group/tneuralperu/message/1>
- 48) http://www.terapianeural.com/index.php?option=com_content&task=view&id=123&Itemid=26; Payán, Julio César. La salud ajena
- 49) Fernández, J. *Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión*. Revista Electrónica de Investigación Educativa 2001 (vol. 3) nº2 disponible en: http://redie.ens.uabc.mx/vol3no2/contenido_fernandez.html p.24-28
- 50) <http://www.monografias.com/trabajos15/fundamentos-profesionales/fundamentos-profesionales.shtml#PROFESION>
- 51) http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/ircpdhabm.html

- 52) http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I41-2002.html
- 53) http://www.um.es/socrates/sistema_salud_espana.htm
- 54) <http://www10.gencat.net/catsalut/esp/coneix.htm>
- 55) http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2006/1621
- 56) Morin E. Sobre la reforma en la universidad. La universidad en el cambio de siglo. Madrid: Alianza; 1988.p.22-23
- 57) http://www.elperiodico.com/default.asp?idpublicacio_PK=46&idioma=CAS&idnoticia_PK=575359&idseccio_PK=1021&h=
- 58) <http://elmundomotor.elmundo.es/elmundosalud/2007/01/30/medicina/1170176179.html>
- 59) <http://www.seguridadsocial.es/seguridad-social-en-cataluna>
- 60) <http://www.cnemex.org/noticias/05.htm>
- 61) Martínez Orlando A. op.cit.: <http://www.monografias.com/trabajos15/fundamentos-profesionales/fundamentos-profesionales.shtml#PROFESION>
- 62) http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/Archivos/Apuntes/2005_2006/3r_Portafoli_pernas.doc
- 63) http://www.elperiodico.com/default.asp?idpublicacio_PK=46&idioma=CAS&idnoticia_PK=435158&idseccio_PK=1021
- 64) Fuentes: OCDE, ECO-SALUD OCDE 2002. INE, Contabilidad Nacional de España. Base 1995 (PIBpm)
- 65) <http://lacapital-cienciasysalud.blogspot.com/2008/04/nuevo-paradigma-de-salud-de-la-oms-una.html>
- 66) <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>
- 67) Martínez Orlando A. op.cit.: <http://www.monografias.com/trabajos15/fundamentos-profesionales/fundamentos-profesionales.shtml#PROFESION>
- 68) <http://www.verdes.es/web/DocMedicinaNatural.htm>
- 69) <http://borgonoz.googlepages.com/20070201DOGC4812pag3578TerapiasNatur>
- 70) <http://www.educaweb.com/noticia/2005/07/21/generalitat-catalunya-regula-terapias-naturales-22941.html>

71) <http://farmaceuticos.boiron.es/noticias/leer-mas/19/>

72) <http://www.gacetamedica.com/gacetamedica/articulo.asp?idcat=231&idart=281>

73) <http://www.gencat.net/salut/depsalut/html/es/dir103/doc24859.html>

74) <http://fenaco.zoomblog.com/archivo/2007/10/>

75) <http://www.gencat.net/acordsdegovern/20070130/02.htm> Dimarts, 30/01/2007

76) <http://fenaco.zoomblog.com/archivo/2007/10/>

77) <http://hermandadblanca.org/2008/01/26/hospitales-publicos-de-madrid-y-barcelona-aplican-reiki-a-los-pacientes/>

78) <http://viviendosanos.com/2008/04/la-tecnica-%E2%80%9Creiki%E2%80%9D-en-hospitales-de-eeuu.html>

79) Revista chilena de pediatría ISSN 0370-4106 versión impresa Rev.chil.Pediatr. v.74 n.1 Santiago ene. 2003

80) "<http://es.wikipedia.org/wiki/Quiromasaje>"

81) Avila Monteso, Oriol. Presidente del Centro de Estudios Naturistas. La regulacion legal de las terapias naturales.

82) http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_natural

83) http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_natural (Fuente obtenida de <http://nccam.nih.gov/health/whatis/cam/spanish.htm>)

84) http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_alternativa

85) http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_complementaria

86) <http://es.wikipedia.org/wiki/Homotoxicolog%C3%ADa>

87) <http://es.wikipedia.org/wiki/Osteopat%C3%ADa>

88) <http://es.wikipedia.org/wiki/Quiromasaje>

89) <http://es.wikipedia.org/wiki/Reflexoterapia>:

90) <http://www.cepvi.com/medicina/homotoxicologia.shtml>

- 91) http://es.wikipedia.org/wiki/Drenaje_linf%C3%A1tico_manual
- 92) <http://es.wikipedia.org/wiki/Homeopat%C3%ADa>
- 93) <http://ipseoul.com/bpem.htm> Dr. Francisco Ríos. Congreso Internacional de Acupuntura. Sevilla, primavera del 94.
- 94) http://www.proyectoiluminar.org/balance_polar.html
- 95) <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=14>
- 96) <http://es.wikipedia.org/wiki/Psicoterapia>
- 97) <http://es.wikipedia.org/wiki/Kinesiolog%C3%ADa>
- 98) <http://www.asociacioncraneosacral.com/terapia/default.asp>
- 99) <http://www.osteopatiaysalud.com/terapiacs/terapiacs.aspx>
- 100) <http://www.energiacraneosacral.com/>
- 101) <http://www.centrovega.com/somato.doc>
- 102) <http://es.wikipedia.org/wiki/Ayurveda>
- 103) <https://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-4147-9947-abca6797a602&chunkid=126562>
- 104) <http://www.esenciasflorales.net/inicio/metamorfica.htm>
- 105)** <http://es.wikipedia.org/wiki/Ortomolecular>
- 106) Hoffer, A., y Walker, M., La Nutrición Ortomolecular (Barcelona España: Ediciones Obelisco, 1998). ISBN: 84-7720-628-7.
- 107) <http://es.wikipedia.org/wiki/Nutrici%C3%B3n>
- 108) <http://medicinahumanista.blogspot.com/2007/01/laserterapia.html>
- 109) <http://es.wikipedia.org/wiki/Yoga>
- 110) http://es.wikipedia.org/wiki/Flores_de_Bach
- 111) <http://masajesenergeticos.blogdiario.com/1176463020/>
- 112) <http://personal.redestb.es/martin/PFITO.HTM>

113) <http://es.wikipedia.org/wiki/Acupuntura>

114) <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=467>

115) http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_5_1X_Tratamiento_23.asp?

116) <http://www.wikio.es/article/58377337>

117) http://cofenat.es/docs/FOLLETO_WEB.pdf

118) http://www.portalesmedicos.com/noticias/seminario_uso_agua_mar_080519.htm

119) Dr. Patrick Verte. Medicina Energética. Editorial everest, s.a. león 1991 tercera edición

120) MARÍA DOLORES LÁZARO RUIZ. Esclerosis Múltiple. Terapias Alternativas Scientific Communication Management, S.L., una compañía del grupo Elsevier Depósito legal: M-36661-2005

121) Dr. Patrick Veret. Medicina Energetica. Editorial Everest, s.a. 3 edición. León 1991

<http://content.jeffersonhospital.org/content.asp?pageid=P03314> (1)

<http://content.jeffersonhospital.org/content.asp?pageid=P03308> (2)

http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/entorno/es/desarrollo/1183489.html
(3)