



Psicología Iberoamericana
ISSN: 1405-0943
psicología.iberoamericana@uia.mx
Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

Álvarez Monjarás, Mauricio
Medicina tradicional china: la clínica oriental y su relación con el paradigma psicológico
occidental
Psicología Iberoamericana, vol. 22, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 72-80
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944229009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Medicina tradicional china: la clínica oriental y su relación con el paradigma psicológico occidental

Traditional Chinese Medicine: Oriental health and its relationship with the Western psychological paradigm

Mauricio Álvarez Monjarás¹
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA, MÉXICO

RESUMEN

La medicina tradicional china (MTC) es uno de los sistemas médicos más antiguos y complejos hasta la fecha. Su teoría contempla una serie de sistemas y mecanismos inextricables que explican el funcionamiento físico, mental, emocional y espiritual del ser humano, estudiando al ser humano de manera holística. El presente artículo da cuenta de la teoría básica de la medicina tradicional china como punto de partida para observar la relación que ésta guarda con el paradigma psicológico occidental y contemplar una posible integración de modelos. Se discuten los efectos comprobados que tiene sobre la salud física de sus pacientes y relaciona los fundamentos de la MTC con elementos de psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual y terapia gestalt.

Palabras clave: medicina tradicional, acupuntura, psicoterapia, intervención y prevención.

ABSTRACT

Traditional Chinese Medicine (TCM) is one of the most ancient and complex medical systems ever developed. Its theory comprises a series of inextricable mechanisms and systems that explain the physical, mental, emotional and spiritual functioning of the human body, taking a holistic perspective to the study of people's health. This article describes the basic theory of Traditional Chinese Medicine as a starting point from which to observe its relation to the western psychological paradigm and to contemplate a possible integration of both models. The research discusses the proven effects of TCM on patients' physical health and relates its principles to Psychoanalysis, Behavioral-Cognitive Therapy, and Humanism (mainly Gestalt Theory).

Keywords: traditional medicine, acupuncture, energy, psychotherapy and prevention.

¹ Recibido: 21 de mayo de 2013 – Aceptado: 9 de abril de 2014.

Para correspondencia: Mauricio Álvarez Monjarás. Ahuatenco 158 Int. 5, col. Ahuatenco, C. P. 05039. Del. Cuajimalpa de Morelos. Tel. 55-4499-4428 y 2163-6110, e-mail: mauricio.am00@gmail.com

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el ser humano ha guardado un profundo interés por el tema de la salud y la enfermedad. Todas las principales civilizaciones, con sus respectivas cosmogonías y culturas, estudiaron el tema en sus diversos aspectos y desarrollaron, a través de la observación y experimentación, sistemas médicos sumamente efectivos y complejos que incluso hoy en día, la medicina alopática o convencional no ha logrado terminar de comprender, posiblemente debido a que aún no se logra integrar el cuerpo y la mente en un mismo sistema.

Este dualismo no sólo ha llevado a tener una visión incompleta del ser humano, sino que también ha causado que se pierdan de vista los efectos emocionales de la mente sobre el cuerpo y, a su vez, los que éste tiene sobre la vida psíquica del individuo. No obstante, si volteamos la mirada al Oriente nos damos cuenta de una perspectiva más holística del hombre. Este paradigma contempla la vida y la realidad como una inextricable red de relaciones interdependientes tanto en el nivel físico (e.g., átomos, partículas, moléculas, órganos) como en el mental (e.g., emociones, afectos, sentimientos, pensamientos), sociocultural y espiritual. Para estas civilizaciones el común denominador o la fuerza que mantenía todo unido era la “energía vital” (o el espíritu, según la tradición), nombrada y contemplada de múltiples maneras: en la India era llamada *Prana*, en Grecia *Pneuma*, para los polinesios es el *Mana*, para los indios americanos el *Orenda*, *Ruach* para la religión judeocristiana, y en el caso de los chinos se denomina *Qi* (Stein, 2001).

Con el paso de los años (y más aún, tras las aportaciones de Einstein a la física cuántica), la ciencia ha ido comprobando lentamente lo que antes se daba por sentado. Dale (2012) explica que hoy en día la comunidad científica reconoce que todo lo que existe es energía en diversos grados de densidad, o en otros términos, distintas frecuencias: mientras más lentamente se mueven las partículas, éstas se densifican y se muestran al ojo humano como un objeto sólido, pero a mayor frecuencia vibratoria las partículas se vuelven menos perceptibles, como en el caso de los gases. Esto mismo sucede con la óptica (colores) y las ondas sonoras, claramente cada una en su propio espectro. Parece ser que en la visión del mundo de las civilizaciones orientales

y antiguas había algo de razón. Sin embargo, sigue presente esta interrogante: ¿qué implicaciones tiene esto sobre la medicina y la psicología?

El objetivo del presente artículo es dar cuenta de la asombrosa complejidad del sistema médico oriental conocido como medicina tradicional china (MTC) para mostrar cómo, a pesar de las grandes diferencias culturales, apunta al mismo objetivo que la perspectiva psicológica occidental. No sólo esto, sino que al ser un sistema estructurado de técnicas y conocimientos, cuenta con una serie de estrategias estandarizadas que permiten el adecuado diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades tanto físicas como mentales.

La importancia de este tema radica en el alto porcentaje de pacientes de MTC (OMS, 2003) y a los hallazgos que indican que los beneficios no se atribuyen a efectos placebo (So, 2012), sino que tienen que ver con mecanismos neurofisiológicos detonados por los distintos tipos de tratamiento (Soh, 2000; Wang, Kain, & White, 2008). De este modo, se analizarán los puntos de convergencia de la MTC con las corrientes psicológicas predominantes (psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual y humanismo), a manera de dar luz a aquellos elementos que persisten pese a la brecha cultural y vislumbrar nuevos caminos para la investigación e intervención psicológica.

LA MEDICINA TRADICIONAL CHINA

Uno de los sistemas médicos más complejos, detallados y antiguos es el de la MTC. Este conjunto de prácticas médicas data aproximadamente del año 2698 a. C., época en la que gobernaba Huangdi, el Emperador Amarillo, a quien se le atribuye la invención de la medicina en China, entre otras aportaciones (Galambos, 1996; Padilla, 1997). Su desarrollo constó de un largo proceso de sistematización y estandarización de las distintas prácticas y tradiciones médicas del país, transmitidas oralmente o incluidas en diversos libros, especialmente el *Nanjing* o *Clásico de los Problemas Difíciles* (Galambos, 1996). Este sistema está basado en el concepto de *Qi* y su flujo a través de 12 *meridianos* o “canales de energía” principales, además de su relación con la salud y la enfermedad. De este modo, mediante la aplicación de agujas (acupuntura), el uso de hierbas medicinales y otros tratamientos como la *moxibustión*, las tazas chinas y dietas, se pretende prevenir la

aparición de enfermedades y, en su caso, el tratamiento de éstas.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la MTC como parte de las *Medicinas tradicionales* y desde 2003 ha desarrollado políticas y estrategias para fomentar la investigación, la seguridad, la promoción y la calidad de éstas (OMS, 2003). Esto se debe a que el porcentaje a escala mundial de personas que acuden a este tipo de tratamientos es muy alto.

En China hasta 80% de la población y en el mundo occidental hasta 70-80% de las personas han probado la MTC alguna vez (OMS, 2003). Además, con el paso de los años, diversas investigaciones han encontrado efectos positivos en los pacientes (Lee, Choi, Shin, & Ernst, 2012; Samuels, Gropp, Singer, & Oberbaum, 2008; Yang, Cai, & Wu, 1989; Wu, Yeung, Schnyer, Wang, & Mischoulon, 2012).

Los motivos principales por los que individuos de países occidentales se acercan a este tipo de terapia, son la necesidad de aliviar síntomas físicos; el deseo de tener un acercamiento holístico a su propia salud; mejorar su calidad de vida; obtener información de cuidados y consejos de autoayuda; reducir los riesgos de tratamientos alopáticos, y la accesibilidad de costos, entre otros (Richardson, 2004). Del mismo modo, las afecciones que más se tratan con MTC son ansiedad, problemas músculo-esqueléticos, dolor crónico, casos de artritis, problemas de piel y dolores de cabeza (Richardson, 2004). Además se ha encontrado que da buenos resultados en el tratamiento de depresión, dolor postoperatorio, quimioterapia, vómito, dolor dental postoperatorio, abuso de sustancias, asma, desórdenes afectivos, fatiga, insomnio y problemas relacionados con el estrés (Collinge, Wentworth & Sabo, 2005; Kutty, 2006). Actualmente, se han hecho intentos por implementarlo junto con el tratamiento psiquiátrico y psicológico de personas con trastornos del espectro autista, con resultados positivos (Lee, Choi, Shin, & Ernst, 2012). Por otra parte, debido al tipo de prácticas implementadas, es un modelo de tratamiento de bajo riesgo, no interfiere con tratamientos alopáticos e incluso se promueve el tratamiento combinado, además de que aumenta la confianza en el especialista por la importancia que se le da al diálogo y a la relación terapéutica (Padilla, 1997; Richardson, 2004; So, 2012).

Desde esta visión, la enfermedad aparece cuando el hombre no está en contacto con el universo o su entorno, lo cual se puede observar también en los libros más importantes de la cultura china como en el caso del *Yi Ching* o *El libro de los cambios* y el *Dao De Jing* o *El Libro del Tao*, los cuales explican el lugar existencial del hombre en el universo (Padilla, 1997). Como se explicaba anteriormente, este modelo médico contempla al yo como un ser de energía y estudia al hombre de manera holística. Explica que una persona está compuesta por cinco elementos básicos y que existe una relación directa entre lo que existe “dentro” de él (e.g., físico, mental, emocional y espiritual) y lo que le rodea (e.g., otros individuos y la naturaleza). De este modo, los problemas o desbalances en algún elemento generarán un cambio positivo o negativo en el resto y, por lo tanto, el objetivo de la sanación implica el proceso de restaurar el equilibrio energético entre estos factores (Dale, 2012).

Se le denomina *Qi* o *energía universal* a las dos fuerzas o vibraciones opuestas e interdependientes de la cosmogonía china: *Yin* y *Yang*. Éstas cuentan con distintos atributos y dinámicas que dependiendo de su interacción afectan al cuerpo humano. Por ejemplo: el *Yin* es femenino, frío, relajante, creativo, inhibidor y representa la tierra, mientras que el *Yang* es masculino, caliente, dinámico, lógico y representa al cielo (Nuttis, 2006). El objetivo de la MTC es establecer un balance adecuado entre estas fuerzas para prevenir enfermedades y mantener la salud (Padilla, 1997). De este modo, el *Qi* es contemplado también como información y conciencia.

De acuerdo con la MTC existen diversos tipos de *Qi* que fluyen a lo largo del cuerpo humano a través de un sistema de canales parecido al sistema circulatorio y nervioso denominados *meridianos*; éstos cuentan con una serie de “entradas” o intersecciones denominados acupuntos, los cuales se estimulan durante un tratamiento de acupuntura (Dale, 2012). El mismo autor postula que el sistema tradicional de meridianos contempla la existencia de 12 *canales principales* que recorren todo el cuerpo en diversas direcciones, que conectan entre sí a todas las partes del cuerpo y regulan su funcionamiento. Estos meridianos están relacionados con otros tres sistemas de 12 canales cada uno, que se asemejan al sistema nervioso periférico por su

función de intercambiar señales entre los meridianos principales y el resto del cuerpo: los *meridianos divergentes* (que conectan con órganos internos), los *meridianos de la red muscular* (que conectan con músculos, tendones y articulaciones) y los *meridianos de la red cutánea* (que están sobre la piel). Además de éstos, existen otros ocho *meridianos secundarios* o “vasos”, que según la tradición se forman desde el útero materno, e integran la “estructura energética” del cuerpo humano; sin embargo, dichos canales no están relacionados con ningún órgano ni meridiano específico, pero sirven como medio de comunicación entre éstos (Dale, 2012).

Los 12 meridianos principales son nombrados según el órgano con el que están mayormente asociados, cada uno con una función específica y síntomas relacionados tanto en el nivel físico como psicológico. Aparte de éstos existen dos más (*vaso gobernador* y *vaso de la concepción*) que son considerados semejantes a los principales y, por lo tanto, algunas escuelas manejan un sistema de 14 puntos en lugar de 12 (Dale, 2012).

En cuanto a las entradas de los meridianos o *acupuntos*, éstos son puntos que tienen un efecto particular sobre los meridianos y los órganos que conectan. Algunas investigaciones (Pacholyk, 2008) relacionan estos puntos con zonas de mayor conductividad eléctrica de la piel, mayor resistencia eléctrica y están ubicados en el tejido conjuntivo del cuerpo. Cada canal cuenta con cinco *puntos transportadores*, *puntos de los cinco elementos*, puntos relacionados con los puntos cardinales y otros tipos de puntos, como los de *fuerza*, *grieta* y *alarma*, entre otros (Dale, 2012).

Para comprender la complejidad de la MTC es necesario tomar en cuenta la teoría de los cinco elementos que, a diferencia del pensamiento griego —por el que se rige el paradigma occidental—, contempla que en la naturaleza existen cinco elementos (madera, tierra, agua, fuego y metal) que influyen entre sí destruyéndose o generándose a manera de un ciclo. Cada uno de estos elementos está relacionado con un órgano, un color, una estación del año, una cualidad, emoción, alimento y síntomas distintos, entre muchos otros atributos (Nuttis, 2006; Dale, 2012). Por lo tanto, se puede decir que los elementos tienen distintos papeles sobre el cuerpo físico y es la tarea del médico

tradicional comprender la manera en que éstos se relacionan con los *acupuntos*, los líquidos corporales, los meridianos y otros elementos del sistema (Dale, 2012).

Existe también una relación directa entre los órganos y las emociones. Para la MTC existen siete emociones básicas que se relacionan con un órgano específico y de acuerdo con su funcionamiento tanto energético como elemental, éstas se manifestarán de distintas maneras. Las emociones principales son la alegría (corazón); la ira (hígado); la preocupación y la tristeza (pulmones); el “pensamiento” u obsesividad (bazo); el miedo y la conmoción (riñones) (Nuttis, 2006). Éstas interactúan entre sí y, al igual que los cinco elementos se dominan, reducen y generan. Del mismo modo, estas emociones son influenciadas por el tipo de alimentos que consumimos y su dominancia puede ser detectada por la hora del día en que se manifiesta el malestar (Dale, 2012). Además, los desórdenes mentales y emocionales pueden manifestarse en tres niveles: estado de ánimo (*Wen*); pensamientos o emociones específicas (*Ying*), y “cambios” de personalidad (*Yuan*) (Sieben, 2013).

En cuanto al diagnóstico, la MTC cuenta con cuatro métodos principales: la inspección (del cuerpo en general, en especial la lengua); la auscultación u olfacción (e.g., voz, palabras, aliento, olor corporal); la investigación (e.g., historia del paciente en los niveles físico, mental, emocional, espiritual y relacional), y la palpación (e.g., inflamaciones, debilidad, pulso) (Dharmananda, 2000). Se trata de métodos sistemáticos y estructurados que mediante un análisis lógico de la asociación entre las características del meridiano, la alimentación, el estilo de vida, el nivel de energía y los síntomas, dan cuenta de los distintos aspectos mencionados con anterioridad (e.g., elementos, *qi*, líquidos, etiología) y de este modo se decide el tratamiento a seguir.

Una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento puede llevarse a cabo por medio de dietas específicas, la acupuntura o la herbolaria, siendo estos dos últimos los más comúnmente usados. La acupuntura consiste en la inserción de agujas en la epidermis con el objetivo de modular el movimiento de *qi* a través de los meridianos. Esta técnica es comúnmente usada de manera analgésica debido a que estimula el sistema límbico y detona mecanismos neurofisiológicos de liberación de opioides naturales que regulan las señales de dolor (Wang, Kain, & White, 2008). Muchas veces se apoya

en técnicas como la *moxibustión* (quema de barras de artemisa seca, que generan calor para relajar o desinflamar ciertas zonas); las tazas chinas (que hacen vacío sobre ciertas áreas del cuerpo para liberar energía estancada) y la electropuntura (transmisión de corrientes eléctricas por los *acupuntos*) para potencializar los efectos del tratamiento (Dharmananda, 2002).

ANÁLISIS DE LA PERSPECTIVA OCCIDENTAL

Como se ha visto, la MTC es un sistema sumamente complejo y elaborado en el que están concentrados siglos de experiencia. Por ser un método holístico, considera al ser humano como un ser integral, muy parecido al paradigma bio-psico-socio-cultural de la psicología occidental (aunque por el momento ésta no contempla realmente el aspecto espiritual del ser humano, a excepción de la psicología transpersonal). Del mismo modo, existen una serie de paralelismos entre ambos paradigmas que posiblemente serían útiles al momento de visualizar una integración entre sistemas.

Es posible comenzar tomando en cuenta el término de *Qi* del Tao y la MTC. Desde sus comienzos, la psicología contempló la mente como un sistema y, por lo tanto, la noción de *energía* formó parte de los conceptos fundamentales de esta ciencia —considerando el “Proyecto de una psicología para neurólogos”, de 1895, donde la noción de $Q'η$ o Cantidad de energía investida en una neurona ($ψ$, $φ$ ó $ω$) determinaba la conducta, la percepción y la memoria (Freud, 1886, 1899)—. Para la gestalt y la bioenergética de la psicología humanista, la energía y sus movimientos son una parte esencial de la experiencia humana; en el caso del psicoanálisis, las nociones de *deseo* y *pulsión* (Freud, 1886, 1899; Ricœur, 2007) podrían ser homólogas al *Qi*, debido a la relación directa que guardan con el cuerpo, el psiquismo y el inconsciente; para la corriente cognitivo-conductual podría asemejarse a los sistemas de creencias que, a pesar de ser contemplados de manera distinta en el modelo A-B-C de Albert Ellis (Ellis & Abrahms, 2005), éstos también modulan la conducta, la experiencia y percepción. De cualquier manera, todas las corrientes psicológicas consideran a su propia manera que: “a donde va el *Qi*, la mente va” (Padilla, 1997).

El *Yin* y el *Yang*, los atributos o fuerzas primordiales del *Qi*, nos hablan de la tendencia a la polari-

zación de la experiencia humana; de este modo, Jung (1936) habló de *Ánima* y *Animus*, y Wilhelm Fliess de la bisexualidad fisiológica discutida con Freud en sus cartas (Freud, 1887, 1904). En ambos casos se considera al ser humano como esencialmente portador de características femeninas y masculinas, que intenta integrar a lo largo de su vida para tener una mejor salud mental y física. Este paralelismo entre *Qi* y Psique permite relacionar ambas visiones, tomando como punto de partida el sistema de meridianos, ya que tanto para los orientales como para los occidentales, el hombre es un sistema complejo compuesto por distintos elementos interconectados e interdependientes. Es así que el sistema de meridianos guarda una relación casi directa con el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico que, al igual que los meridianos, controlan al organismo y regulan la sensopercepción (Dale, 2012; Nuttis, 2006).

Otro aspecto importante a considerar es la importancia de las emociones sobre la salud. Las *siete emociones básicas* (alegría, ira, preocupación, tristeza, “pensamiento”, miedo y conmoción) (Dale, 2012) guardan relación directa con las emociones primarias occidentales (alegría, miedo, tristeza, sorpresa, ira y asco) (Ekman, Levenson & Friesen, 1983), sólo que en este caso se desglosan un poco más aquellas que tienen que ver con el miedo (preocupación, miedo y “pensamiento”). Los hallazgos científicos coinciden así con la existencia de ciertos patrones emocionales y afectivos del ser humano, los cuales podrían investigarse más a fondo en su relación, no sólo con la conducta, sino también con el cuerpo (Sieben, 2013). Por eso es que cada vez hay más teorías e investigaciones que comprueban la influencia de estados afectivos positivos o negativos (bienestar/malestar) sobre el funcionamiento orgánico (Dahlke, 2000; Sieben, 2013; Soh, 2000), lo cual podría comprobar las enseñanzas de la MTC (Nuttis, 2006).

De este modo, no hay una clara distinción entre lo que se encuentra “afuera” y “dentro” del individuo (Dahlke, 2000; Dale, 2012). Esta visión holística del hombre parece estar presente en todas las corrientes psicológicas (en unas más claramente que en otras) y es posible que sea una de las razones por las que la psicoterapia funciona. Las implicaciones de la psicopatología y el holismo en la psicología clínica son

enormes, ya que ahora el psicólogo clínico debe poner mayor atención al significado y el sentido de la enfermedad y el síntoma para comprender cómo es que las emociones, las creencias y la percepción afectan al paciente de manera integral.

La importancia de los sistemas de creencias y las distorsiones cognitivas (cognitivo-conductual), el ciclo de la experiencia (gestalt), así como los actos fallidos y las resistencias (psicoanálisis), radica en el papel central del discurso como guía para encontrar las vicisitudes ideoafectivas, sensoriales y conductuales del individuo y tener una visión más amplia de su experiencia subjetiva (Richardson, 2004; So, 2012). Es por esto que la MTC, al igual que la psicología clínica, da mucha importancia a la entrevista, a la observación y a la historia del paciente como herramientas de diagnóstico (Dahlke, 2000; Dale, 2012; Nuttis, 2006). De esta forma, una adecuada relación terapéutica resulta indispensable, ya que es gracias a ésta que el médico tradicional y el psicólogo clínico pueden establecer una relación de confianza y colaboración que servirá como base para la práctica y asegurará el adecuado seguimiento del tratamiento (Richardson, 2004; So, 2012).

En esta instancia, para la MTC el tratamiento es considerado una “muleta”, ya que su objetivo es que el paciente sea capaz de adoptar un estilo de vida saludable que le permita mantener un estado de salud física, mental y emocional. Esto se asemeja a las visiones humanista y cognitivo-conductual (y posiblemente, en psicoanálisis, a la psicología del yo de Anna Freud), ya que el enfoque de éstas es de tipo psicoeducativo (Issroff, 2006), práctico y de implementación de técnicas y estrategias a fin de que promuevan estados emocionales positivos y un estilo de vida adecuado, así como también la liberación de energía acumulada mediante el movimiento o la expresión artística. La MTC llama *puntos dragón* a estos puntos de acumulación de energía que pueden ser liberados mediante la autoexpresión (Issroff, 2006). En cuanto a “muleta”, sería importante tener en mente la importancia del empoderamiento del paciente, ya que de no ser así, éste podría desarrollar dependencia al tratamiento, lo cual establecería un *locus* de control externo que no hace más que disminuir los efectos del tratamiento, como lo indica So (2012).

Este último punto podría parecer una limitación para el psicoanálisis, por ser un tratamiento de mucho

mayor duración que pudiera generar la dependencia del paciente. Este problema podría estar relacionado principalmente con la transferencia y contratransferencia, así como con las expectativas establecidas por el paciente (So, 2012). Sin embargo, para poder superar una posible situación de dependencia, sería útil considerar que en todo tratamiento psicoanalítico hay una serie de momentos de mayor dependencia que otros y que ello se debe al fenómeno de transferencia. Por lo tanto, parte de la labor del analista es dar cuenta de estas expresiones transferenciales (y de la propia contratransferencia ante éstos) para no perder de vista la posición subjetiva de ambos. De cualquier manera la perspectiva no cambia: hay una predilección por la prevención, en lugar del tratamiento (Dale, 2012; Padilla, 1997).

Asimismo, cabe destacar que ambos paradigmas apuntan a una clasificación y diagnóstico sistematizados de la enfermedad, así como a la estandarización de la práctica (Padilla, 1997; Stux & Pomeranz, 2000). Para esto, ambos cuentan con estrategias de evaluación, establecimiento de objetivos, estándares, recopilación de información y establecimiento de juicios, como la entrevista, la observación, la palpación y la olfacción/observación (Dale, 2012; Dharmananda, 2000). Posiblemente, en este aspecto sería donde guarda una mayor relación con la corriente cognitivo-conductual, por el enfoque más empírico de la práctica clínica, y aunque cada corriente cuenta con procedimientos diferentes que buscan lo mismo, todas intentan apoyarse en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

Es así que la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de invertir en la investigación y el desarrollo de la medicina tradicional, así como de fomentar la seguridad, la promoción y la calidad de ésta (OMS, 2003), resulta sumamente útil, ya que de este modo la MTC puede seguir creciendo tal y como ha sucedido con la psicología. Poco a poco, el mundo de la ciencia ha dado cuenta de la profunda relación que guarda la MTC no sólo con la psicología clínica, sino también con las neurociencias. Se ha determinado por ejemplo, que la acupuntura detona mecanismos de liberación de endorfinas y neurotransmisores específicos, tales como la serotonina y algunos opiáceos naturales, además de estimular química y eléctricamente áreas del cerebro relacionadas con la homeostasis y la percepción del

dolor, como el sistema límbico y el diencefalo (Dale, 2012; Soh, 2000).

Finalmente, se ha encontrado que el tratamiento combinado de terapia cognitivo-conductual con aplicación de acupuntura en puntos específicos del vaso gobernador surte mayor efecto en casos de depresión, teniendo 91.76% de efectividad en tratamientos combinados contra 68.75% en grupos control sin terapia cognitivo-conductual (Flaws, 2003). Además, se relaciona ampliamente con esta corriente y la humanista en el principio de cambio (Nuttis, 2006) y por su enfoque en el “aquí y ahora” de las técnicas de *Mindfulness* y la gestalt, cuya teoría se encuentra basada en principios del budismo zen (Issroff, 2006). En cuanto al psicoanálisis, la noción de caracterologías y las neurosis, resultan íntimamente relacionadas con las tipologías chinas (Dale, 2012; Nuttis, 2006).

CONCLUSIÓN: HACIA UNA PERSPECTIVA INTEGRATIVA

La MTC y la psicología clínica parecen tener más puntos de convergencia que de divergencia. Ambas resaltan la importancia de la relación terapéutica, la prevención y el mantenimiento de la salud. La empatía, el diálogo, el papel central de la emoción en la salud física y mental, así como un sistema estandarizado de diagnóstico y clasificación de enfermedades, son también aspectos comunes. Al parecer, la razón por la que aún no se implementa por completo la MTC en el sistema de salud occidental, es principalmente ideológica y paradigmática. En occidente existe todavía una predilección por el paradigma de enfermedad, teniendo como ejemplo claro el uso del DSM, así como una visión psicósomática unidireccional, que no toma en cuenta la relación somatopsíquica expuesta por la MTC.

Para poder llevar a cabo una adecuada integración de modelos, sería necesario primero que nada, el reconsiderar estas perspectivas y hacer los cambios necesarios para admitir este modelo. Considerar la efectividad de modelos energéticos de sanación, no sólo de la acupuntura, sino de otras terapias alternativas y complementarias como el *reiki*, *therapeutic touch*, *ayurveda* y terapia del campo magnético, entre otras, que han demostrado tener efectos benéficos para los pacientes. En segundo lugar, sería importante informarse más

respecto a la visión oriental de la salud, como la relación entre ciertos órganos y algunos síntomas mentales/emocionales o las técnicas de detección de signos y síntomas.

Por otra parte, sería necesaria la comunicación constante entre especialistas, ya que ésta permitiría conocer los avances y retrocesos en el tratamiento, así como las barreras que dificultan la mejoría. Esto volvería el tratamiento mucho más eficiente y completo, ya que mientras se trabajan las emociones, creencias, traumas y otros aspectos psicológicos con una psicoterapia específica, se podrán ir regulando las respuestas fisiológicas causadas por las resistencias, la ansiedad y la somatización. De este modo, podría facilitarse la aparición de contenido inconsciente (en el caso del psicoanálisis), una mayor y más fluida liberación de energía (en terapias humanistas como la gestalt), una mayor autoconciencia y atención a los propios pensamientos, creencias y conductas, así como un mayor conocimiento de la relación entre éstos (en terapia cognitivo-conductual). Un ejemplo de esto último, sería la implementación de técnicas nuevas, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), que fomenta la práctica del *mindfulness* en el día a día como una manera de desarrollar en el paciente la habilidad de hacer introspección acerca de aquello que le limita, motiva o genera problemas; así como de concientizarse sobre sus propios pensamientos y sensaciones, aceptándolos tal y como son. De este modo, los pone en perspectiva, manteniendo como base los valores propios y el compromiso con ellos (Wengell, Gabriel, & Perlman, 2008).

Por último, después de conocer los efectos comprobados de la MTC sobre síntomas y trastornos específicos como la ansiedad, la depresión, el estrés y el dolor crónico sería útil contemplar la implementación de este sistema en el tratamiento conjunto del trastorno por estrés postraumático, trastornos alimenticios, casos de abuso, histeria conversiva y el trastorno obsesivo compulsivo, debido a su relación con los síntomas previamente mencionados. Sin embargo, haría falta llevar a cabo más investigaciones al respecto para poder instaurar modelos de intervención y prevención adecuados a cada situación. ♦

REFERENCIAS

- Asamblea Mundial de la Salud. *Medicina tradicional* (2003). Ginebra: Suiza. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5618.pdf
- Collinge, W., Wentworth, R. & Sabo, S. (2005). Integrating complementary therapies into community mental health practice: an exploration. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11 (3), 569-574.
- Dahlke, R. (2000). *La enfermedad como símbolo*. México: Lectorum.
- Dale, C. (2012). *El Cuerpo Sutil*. México: Sirio.
- Dharmananda, S. (2000). The significance of traditional pulse diagnosis in the modern practice of chinese medicine. *Institute for Traditional Medicine*. Recuperado de www.itmonline.org/arts/pulse.htm
- Dharmananda, S. (2002). Electro-acupuncture. *Institute for Traditional Medicine*. Recuperado de www.itmonline.org/arts/electro.htm
- Dharmananda, S. (2004). Moxibustion: practical considerations for modern use of an ancient technique. *Institute for Traditional Medicine*. Recuperado de www.itmonline.org/arts/moxibustion.htm
- Ellis, A. & Abrahms, E. (2005). *Terapia racional emotiva*. México: Editorial Pax.
- Ekman, P., Levenson, R. & Friesen, W. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221(4616), 1208-1210.
- Flaws, B. (2003). The combined effect of acupuncture & psychotherapy on depressive episodes. *Blue Poppy Press*. Recuperado de <http://bluepoppy.com/cfwebsitesore/index.cfm/feature/1174/the-combined-effect-of-acupuncture--psychotherapy-on-depressive-episodes.cfm>
- Freud, S. (1886/1899). *I. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1887/1904). *Cartas a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galambos, I. (1996). The origins of chinese medicine: the early development of medical literature in China. *Ausbildungszentrum Nord für klassische akupunktur und Chinesische medizin*. Recuperado de www.zhenjiu.de/Literatur/Fachartikel/englisch/origins-of.htm
- Issroff, J. (2006). EMDR and the energy therapies: psychoanalytic perspectives (Book Review). *Division of Psychoanalysis of the American Psychological Association*, 59-62.
- Jung, C. (1936). *Los arquetipos y lo inconsciente colectivo*. Madrid: Trotta.
- Kuty, J. (2006). *Combining acupuncture and psychotherapy as a treatment for depression*. Tesis de Maestría no publicada. Pacifica Graduate Institute, Carpinteria, Estados Unidos.
- LaTorre, M. A. (2009). Touch and psychotherapy. *Perspective in Psychiatric Health*, 36(3), 105-106.
- Lee, M. S., Choi, T.-Y., Shin, B.-C. & Ernst, E. (2012). Acupuncture for children with autism spectrum disorders: a systematic review of randomized clinical trials. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(8), 1671-1683.
- Nuttis, J. (2006). *El camino del cuerpo*. México: Tao Curativo México.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Medicina tradicional. Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5618.pdf
- Pacholyk, A. (2008). The biomedical basis of holistic acupuncture. *Peaceful Mind*. Recuperado de www.chirochat.org/article_files/Article-1280.PDF
- Padilla, J. L. (1997). *Medicina tradicional china*. Madrid: Miraguano.
- Richardson, J. (2004). What patients expect from complementary therapy: a qualitative study. *American Journal of Public Health*, 94(6), 1049-1053.
- Ricœur, P. (2007). *Freud: una interpretación de la cultura*. México: Siglo XXI.
- Samuels, N., Gropp, C., Singer, S. R. & Oberbaum, M. (2008). Acupuncture for psychiatric illness: a literature review. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 55-62.
- Sieben, N. (2013). The mind-body link. *Acupuncture today*. Recuperado de www.acupuncturetoday.com/mpacms/at/article.php?id=32717
- So, D. (2012). Acupuncture outcomes, expectations, patient-provider relationship, and the placebo effect: implications for health promotion. *American Journal of Public Health*, 92(10), 1662-1667.
- Soh, L. (2000). Beyond endorphins in acupuncture analgesia: the science behind the art. *The Chiropractic Resource Organization*. Recuperado de www.chiro.org/acupuncture/ABSTRACTS/Beyond_endorphins.shtml

- Stein, D. (2001). *Essential reiki: a complete guide to an ancient healing art*. Nueva York: Crossing Press.
- Stux, G. & Pomeranz, B. (2000). *Fundamentos de acupuntura*. Barcelona: Springer.
- Wang, S.-M., Kain, Z. & White, P. (2008). Acupuncture analgesia: I. The scientific basis. *International Anesthesia Research Society*, 106(2), 602-621.
- Wengell, D., Gabriel, N., Perlman, A. (2008). *Educational opportunities in integrative medicine: the A to Z healing arts guide and professional resource directory*. Atlanta: The Hunter Press.
- Wu, J., Yeung, A. S., Schnyer, R., Wang, Y. & Mischoulon, D. (2012). Acupuncture for depression: A review of clinical applications. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(7), 397-405.
- Yang, Z.-L., Cai, T.-W. & Wu, J.-L. (1989). Acupuncture and emotion: the influence of acupuncture anesthesia on the sensory and emotional components of pain. *The Journal of General Psychology*, 116(3), 247-258.

NORMAS EDITORIALES

La revista *Psicología Iberoamericana* es una publicación científica que publica el Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana cada semestre. Tiene por objetivo difundir trabajos de relevancia teórica y metodológica para la psicología como ciencia o para sus diversas aplicaciones al campo profesional.

Los manuscritos susceptibles de ser publicados deberán corresponder a uno de los siguientes rubros (para mayor información consulte www.apa.org):

Estudios empíricos: son informes de investigaciones originales que ponen a prueba hipótesis, presentando nuevos análisis de datos que no se consideraron o abordaron en informes anteriores.

Reseñas de la literatura: son evaluaciones críticas de material que ya ha sido publicado con el propósito de definir y aclarar problemas, informar acerca del estado de la investigación en curso, identificar relaciones, contradicciones, diferencias e inconsistencias para así proponer otras formas de resolver el problema estudiado. En este rubro se incluyen las síntesis y los metaanálisis.

Artículos teóricos: presentan información empírica basada en la literatura de investigación existente con el objetivo de promover avances a la teoría en cuestión. El propósito principal es ampliar o refinar los constructos teóricos, presentar una nueva teoría, o bien, analizar una teoría existente señalando sus fallas o demostrando la ventaja de otra teoría sobre aquella.

Artículos metodológicos: presentan nuevas aproximaciones metodológicas, modificaciones de métodos existentes o comentarios de aproximaciones cuantitativas y de análisis de datos, aportando datos empíricos para ilustrar la aproximación. Asimismo proporcionan detalles suficientes para que el lector compare los métodos propuestos con aquéllos de uso vigente.

Estudios de caso: son informes obtenidos al trabajar con un individuo, un grupo, una comunidad u organización. Ilustran un problema, indican los medios para resolverlo y/o arrojan luz sobre investigaciones requeridas, aplicaciones clínicas o cuestiones teóricas.

Otros artículos: dentro de este rubro se encuentran las reseñas de libros, los informes breves, comentarios y réplicas sobre artículos publicados anteriormente. Este tipo de artículos se hacen generalmente por invitación y buscan aportar un análisis crítico de gran relevancia para la psicología.

Formato del manuscrito

1. El manuscrito deberá ser inédito.
2. Deberá apegarse a los lineamientos del *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (3a. edición en español o 6a. edición en inglés).
3. Debe contener los siguientes elementos:

Primera página

- Título del trabajo (15 palabras como máximo) en inglés y en español.
- Autor(es) y adscripción(es).

Segunda página

- Resumen del artículo en inglés y en español, de 120 a 150 palabras, y cinco palabras clave en español e inglés, en letra Arial 10 y a espacio sencillo.

A partir de la tercera página

- El texto del artículo (incluyendo las figuras, las tablas y las referencias) deberá ser de 15 cuartillas como máximo, en tamaño carta a doble espacio, con márgenes de 2.5 cm por lado y en letra Arial 11.
- Exceptuando el texto introductorio, el resto de las secciones deberán contener encabezados (por ejemplo: método, resultados, discusión, referencias, etc.) y subencabezados de acuerdo con el tipo de manuscrito que se esté sometiendo.
- Las figuras y las tablas deberán insertarse dentro del texto en el lugar que les corresponde y deberán ser lo suficientemente grandes para ser legibles.
- Todos los trabajos citados en el texto deberán aparecer en las referencias y viceversa y citarse conforme a las normas del *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*.
- Los autores deberán conservar los datos crudos de la investigación durante los tres años siguientes a la publicación del trabajo.
- El archivo deberá nombrarse con los apellidos del autor y/o autores.

Envío y proceso de publicación del manuscrito

1. El manuscrito deberá enviarse al correo electrónico psicologia.iberoamericana@ibero.mx
2. El primer autor recibirá acuse de recepción del documento.
3. La recepción del manuscrito no garantiza su publicación.
4. El manuscrito se someterá a una revisión preliminar que determinará si éste cumple con los requisitos mínimos.
5. Si el manuscrito es “susceptible de ser publicado” será sometido a dictamen de dos revisores miembros del Consejo Editorial, quienes emitirán uno de los siguientes resultados: a) aprobatorio, b) rechazado, c) pendiente (requerirá correcciones por parte del autor). El dictamen se le hará llegar al primer autor del artículo.
6. En caso de que el autor haya recibido un resultado igual a “pendiente”, se deberá reenviar el documento, con las correcciones marcadas por el Consejo Editorial en 15 días como máximo, después de los cuales —si no lo manda— se entenderá que el autor desiste de su interés para que su manuscrito sea publicado en la revista.
7. En caso de que un artículo haya sido aceptado para publicación, el autor deberá ceder por escrito los derechos de impresión y reproducción del mismo a la revista *Psicología Iberoamericana*.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS



DIDAC

DIDAC. Publicación semestral de la Dirección de Servicios para la Formación Integral

.....

**REVISTA
IBEROAMERICANA
DE COMUNICACIÓN**

Revista Iberoamericana de Comunicación. Publicación semestral del Departamento de Comunicación

.....



Historia y Gráfica. Publicación semestral del Departamento de Historia

.....

**Revista
de Filosofía**
Universidad Iberoamericana

Revista de Filosofía Universidad Iberoamericana. Publicación semestral del Departamento de Filosofía

.....

**Revista
Iberoamericana
de Teología**

Revista Iberoamericana de Teología. Publicación semestral del Departamento de Ciencias Religiosas

.....



AlterText0. Publicación semestral del Departamento de Letras

.....

Visita nuestras revistas electrónicas

www.bero.mx/publicaciones



Para mayor información comunicarse a la Universidad Iberoamericana.
Prol. Paseo de la Reforma 880, col. Lomas de Santa Fe, 01219, México, D. F.
Tel. 5950 4000 / 9177 4400, exts. 4919, 7600 y 7330, publica@bero.mx