

Trabajo Fin de Grado
Grado en Medicina

ÉTICA MÉDICA: USO DE LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Autora:

Ane Isabel Tomé Korkostegi

Directora:

Isabel López-Abadía Rodrigo

© 2018, Ane Isabel Tomé Korkostegi

Leioa, 15 de abril de 2019

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	2
3.- METODOLOGÍA.....	4
4.- ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	7
4.1. Sumergiéndonos en la medicina alternativa.....	7
4.1.1. Conceptos básicos.....	7
4.1.2. Evidencia actual.....	9
4.2. ¿Qué opina el mundo? Cuestión de perspectiva.....	10
4.2.1. Código deontológico.....	10
4.2.2. Esfera legal.....	11
4.2.2.1. A nivel estatal: España.....	11
4.2.2.2. En el extranjero.....	15
4.2.3. Organización Mundial de la Salud.....	18
4.2.4. Organización Médica Colegial de España.....	19
4.2.5. Asociación Española Medicamentos y Productos Sanitarios...20	
4.2.6. Asociaciones.....	21
4.2.7. Prácticas y docencias alternativas.....	22
4.3. La enfermedad inflamatoria intestinal.....	23
4.3.1. Factor estrés.....	25
4.3.2. Trastornos psicológicos.....	28
4.3.3. El efecto placebo.....	28
4.4. Terapias alternativas en la enfermedad inflamatoria intestinal.....	28
4.4.1. Escenario actual.....	28
4.4.2. ¿Quién las utiliza?.....	31

4.4.3. ¿Por qué se utilizan?.....	32
4.4.4. Eficacia probada.....	34
4.4.5. Riesgos.....	36
4.5. El papel del médico.....	37
5.- RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO: ENTREVISTAS.....	38
6.- DISCUSIÓN.....	39
6.1. Sobre la medicina alternativa.....	39
6.2. Sobre la enfermedad inflamatoria intestinal.....	41
6.3. Entrevistas.....	42
7.- CONCLUSIONES.....	48
8.- REFLEXIÓN PERSONAL.....	49
BIBLIOGRAFÍA Y LEGISLACIÓN.....	50
ANEXOS.....	I
1. Glosario.....	I
2. Diferentes técnicas realizadas en ámbito de las terapias alternativas.....	II
3. Guion de las entrevistas semiestructuradas.....	III
3.1. Entrevista al médico convencional.....	III
3.2. Entrevista al homeópata.....	III
3.3. Entrevista al paciente en tratamiento convencional.....	IV
3.4. Entrevista al paciente en tratamiento alternativo.....	V

1. INTRODUCCIÓN

Vivimos en la era del charlatanismo (Anexo 1). Unas bonitas palabras son capaces de echar por tierra todas las teorías fundamentadas en miles de años de investigación científica. Somos capaces de apartar la racionalidad a un lado cuando la ilusión (o la desesperación) entran en juego. ¿Por qué dejamos que la irracionalidad tome una de las decisiones más importantes en la vida?

Me estoy refiriendo al cada vez mayor uso de las medicinas alternativas –como único tratamiento o como terapia complementaria– por pacientes que no encuentran resultados satisfactorios en la medicina convencional. Y es que, a diario, los trabajadores (o estudiantes) de la salud compartimos escenario con estas terapias y no debemos ignorarlo. En la práctica clínica cada vez nos encontramos con más pacientes que, interesados, preguntan por ellas o que comentan su decisión de usarlas.

Este creciente interés de la sociedad por la medicina alternativa y complementaria (MAC) (Anexo 1) obliga a los pacientes y a los trabajadores de la salud a informarse al respecto para poder manejar la situación desde el conocimiento y la sensatez. Como médicos, es nuestra labor individual analizar la situación para poder actuar con conocimiento de causa. Trabajar por el bienestar de los pacientes implica guiarlos adecuadamente en la toma de decisiones, y no podremos hacerlo correctamente sin un buen dominio del campo.

Al mismo tiempo, el aumento del uso de estas terapias ocasiona la necesidad de crear evidencias sobre la seguridad, eficacia y calidad de los productos y de las prácticas. No obstante, es importante destacar que independientemente de los resultados encontrados en los estudios (los cuales analizaremos detenidamente), son terapias que cuentan con un alto grado de satisfacción manifestado por sus usuarios. Por ello, además de estudiar directamente la eficacia de dichas técnicas, es fundamental indagar sobre las características de los pacientes que optan por utilizarlas y sus motivos de uso, ya que por ello podrá variar la percepción de mejoría.

Aunque sean consideradas técnicas inocuas, no siempre están exentas de riesgos cuando se practican por personas no cualificadas, cuando no se informa al médico de su uso o si se trata de productos falsificados o terapias inadecuadas. Y es que existe

un riesgo de daños y efectos adversos, a veces severos, en función del producto o técnica utilizada.

La MAC abarca una gran variedad de técnicas, lo cual dificulta su adecuada enumeración y estudio. Durante las siguientes páginas, utilizaré el término MAC o medicina alternativa para referirme a todas aquellas prácticas médicas que no forman parte de la medicina convencional y que incluyen las pseudoterapias, la medicina tradicional, el curanderismo, etc. (Anexo 1).

Como afinar el campo de búsqueda nos permite completar el estudio de una forma más detallada, he decidido estudiar el uso de MAC en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Ciertamente, los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son los pacientes idóneos para el estudio del uso de MAC: se trata de pacientes crónicos, habitualmente con importantes limitaciones en la vida diaria, para los cuales la medicina convencional ha podido ser insuficiente o insatisfactoria. Además, cuentan con una comorbilidad psicológica que también debe ser cubierta. Así pues, el que se trate de un grupo de pacientes complicado hace que sea interesante analizarlo.

Mediante una perspectiva general de la MAC y una perspectiva más focalizada en los pacientes con EII, espero ser capaz de dibujar lo más detalladamente posible el paisaje que nos rodea.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La idea de este trabajo surgió de una vivencia personal, en la que, a pesar de haber cursado 5 años de medicina, sentí que no estaba lo suficientemente preparada para enfrentarme a una situación cada vez más habitual en nuestro medio.

Un familiar muy cercano padece colitis ulcerosa y, fruto de una gran casualidad, se encontró con otra persona con la misma enfermedad que trató de convencerlo de cambiar el tratamiento convencional que llevaba siguiendo durante años por otro alternativo. Esta persona refería haber abandonado toda medicación gracias a un método autoinmune basado en cambios dietéticos. Amparaba la efectividad de dicha

terapia justificando que la enfermedad inflamatoria intestinal no se trata más que de un estado de inflamación precipitado ante la ingesta de distintos alimentos. Tras un breve y fallido intento de frenar esa conversación, no volví a insistir, ya que no me vi capaz de rebatir todos los argumentos tan trabajados que presentaba esta persona. Más aún, mi familiar, que jamás había creído en terapias alternativas, llegó a querer informarse más sobre el método y ponerlo en práctica. Cada vez que me preguntaba sobre la veracidad de todo aquello, no era capaz de orientarle. Sentí que mis estudios universitarios no me habían proporcionado las armas necesarias para enfrentarme al mundo que me espera afuera.

De ahí se entiende que el principal objetivo de este trabajo es aportar una pequeña ayuda a aquellos pacientes en el momento de la toma de decisiones. Debemos tener en cuenta que los pacientes parten de una situación de especial vulnerabilidad por la enfermedad que sufren. En consecuencia, es fundamental lograr que estos no abandonen la racionalidad en cuestiones tan importantes como su salud, lo que solo podrá conseguirse haciéndoles conocedores de la realidad. Y es que únicamente el conocimiento nos permite tomar decisiones de forma libre.

Pero también es necesario que los trabajadores de la salud tengamos las herramientas y la información suficiente para poder lidiar en el escenario actual, ya que cada vez son más los pacientes que acuden a consulta por dudas respecto al uso de MAC y guiarlos tiene que ser nuestra prioridad. Si nos preocupa y trabajamos por la salud de nuestros pacientes, debemos adquirir un papel más activo en la ayuda a la de toma de decisiones.

Para alcanzar dichos objetivos, además de realizar una revisión bibliográfica (en la que se basa la mayor parte del trabajo), he decidido acercarme a sus protagonistas y mantener una charla con cada uno de ellos. Más allá de los miles de estudios encontrados, una buena forma de comprender las distintas realidades es escuchar algunas de las historias que se encuentran detrás de cada toma de decisión.

Así pues, mediante la realización de una revisión bibliográfica (pilar fundamental del trabajo) y entrevistas, pretendo plasmar de una forma objetiva, realista y ordenada la

información necesaria sobre la MAC, de modo que sea de utilidad tanto para pacientes como para profesionales de la salud.

3. METODOLOGÍA

La metodología utilizada en la elaboración de este trabajo ha sido la revisión de la bibliografía existente sobre el tema, con su posterior análisis y desarrollo. Además, esta investigación se ha complementado con entrevistas en los campos de interés.

La revisión bibliográfica realizada en la primera mitad del trabajo se ha centrado en la recopilación de información extraída de las páginas web oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Médica Colegial de España (OMC), Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Boletín Oficial del Estado (BOE), Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas (APETP), libros de texto (academia CTO) y periódicos.

En la segunda mitad del trabajo, se han realizado búsquedas en distintas plataformas que citaré a continuación, creando ecuaciones de búsqueda a partir de palabras clave como:

- Inflammatory Bowel Disease/ IBD
- Ulcerative colitis/ UC
- Crohn´s disease/ CD
- Pathogenesis
- Psychological stress
- Complementary and alternative medicine/ CAM
- Complementary Therapies
- Homeopathy
- Adverse effects

Las bases de datos utilizadas han sido Medline, Pubmed, Scopus y Scholar Google, a partir de las cuales se ha ido realizando una búsqueda complementaria desde la bibliografía de los artículos seleccionados. Las búsquedas mencionadas han sido realizadas en el Hospital Universitario de Txagorritxu y en la Biblioteca de la

universidad de Leioa, para lo que me he valido de las plataformas necesarias para acceder a dichas bases de datos (por el carácter de pago de gran parte de los artículos).

Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos han sido los siguientes:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos originales, metaanálisis, revisiones bibliográficas. • Artículos en Inglés y Español • Artículos publicados entre 1990 y 2019 • Artículos que tratan sobre las MAC en general • Artículos que tratan sobre las MAC centrándose en la EII • Artículos que tratan sobre la patogénesis de las EII 	<ul style="list-style-type: none"> • Literatura gris, fuentes no fiables. • Artículos en idiomas que no sean Inglés o Español • Artículos publicados antes del 1990 • Artículos que se centran en una MAC en concreto • Artículos que tratan sobre el uso de MAC en otras enfermedades que no sean la EII • Artículos que tratan sobre terapias convencionales en la EII.

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión

Con dichos criterios, el proceso de búsqueda realizado ha sido el que se resume a continuación:

-SCHOLAR GOOGLE:



Figura 1: Proceso de búsqueda



Figura 2: Proceso de búsqueda

-PUBMED:



Figura 3: Proceso de búsqueda



Figura 4: Proceso de búsqueda

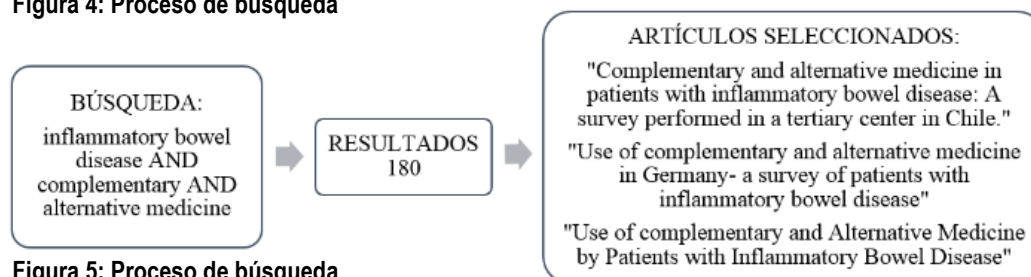


Figura 5: Proceso de búsqueda

-MEDLINE:

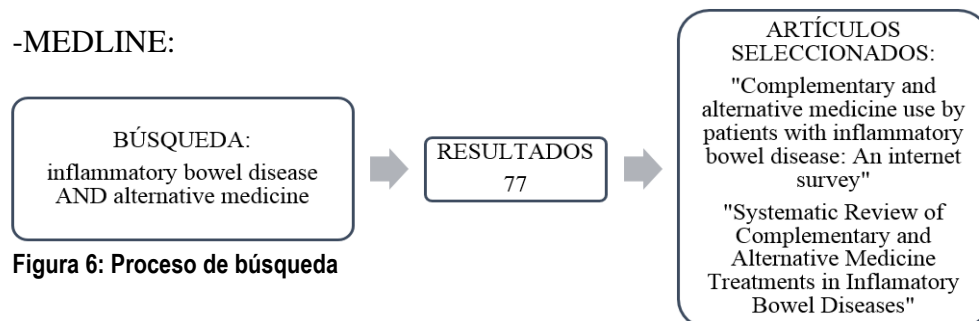


Figura 6: Proceso de búsqueda

-SCOPUS:



Figura 7: Proceso de búsqueda

Además, con el fin de acercarme un poco más a la realidad que se vive en la práctica clínica, he realizado cuatro entrevistas. Por un lado, he entrevistado a dos médicos del aparato digestivo (uno de ellos practicante de la medicina convencional y otro

practicante de la homeopatía) y, por otro lado, a dos pacientes con EII con un perfil de gravedad similar (uno de ellos en tratamiento convencional y otro en tratamiento alternativo). Han sido entrevistas de carácter semiestructurado, en las que he usado un pequeño guion que adjuntaré en el apartado de anexos (Anexo 3), donde se puede observar que se ha dado pie a todo tipo de temas y preguntas que podían derivar del tema principal.

Finalmente, he de aclarar que no apporto los documentos de consentimiento informado en este documento, puesto que cada uno de ellos expresó verbalmente la autorización de publicar dichas entrevistas para la realización del trabajo de fin de grado. Del mismo modo, para preservar la confidencialidad y el anonimato de cada uno de los entrevistados, no aportaré ningún dato que pueda facilitar su identificación y me referiré a ellos como médico convencional, médico alternativo, paciente nº1 y paciente nº2.

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN Y DISCUSIÓN

4.1. SUMERGIÉNDONOS EN LA MEDICINA ALTERNATIVA

4.1.1. Conceptos básicos¹

Actualmente, son innumerables las terapias alternativas existentes en el mundo. El National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) las clasifica de la siguiente forma:

- 1- Sistemas integrales o completos: Homeopatía, Medicina naturista, Naturopatía, Medicina tradicional china- Acupuntura, Ayurveda.

Se construyen en torno a una forma holística de comprender el cuerpo humano, creando sistemas completos de teoría y práctica. Por ejemplo, la homeopatía estimula la curación del cuerpo mediante pequeñas dosis de sustancias altamente diluidas (se basa en dos premisas: “lo similar cura lo similar” y “la ley de la dosis mínima”); la medicina naturista defiende la tendencia que tiene el cuerpo humano a la curación y la importancia de la higiene para mantener una buena salud; la naturopatía busca la curación a

través de la dieta y el estilo de vida; la acupuntura (técnica de la medicina tradicional china) estimula distintos puntos anatómicos del cuerpo; el Ayurveda (medicina tradicional de la India) busca integrar cuerpo, mente y espíritu para la prevención y tratamiento de enfermedades...

- 2- Prácticas biológicas: Fitoterapia, Terapia nutricional, Tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas.

Emplean distintas sustancias de la naturaleza (por su sabor, aroma o propiedades terapéuticas), como hierbas, flores, hojas, cortezas de árboles, frutas, semillas, tallos y raíces, alimentos y vitaminas.

- 3- Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo: Osteopatía, Quiropraxia, Quiromasaje y Drenaje linfático, Reflexología, Shiatsu, Sotai, Aromaterapia.

Se basan en que todos los sistemas del cuerpo trabajan de forma integrada (parten de que los trastornos de un sistema pueden afectar a otras partes del cuerpo) y buscan la curación mediante la manipulación o movimiento de una o más partes del cuerpo.

- 4- Técnicas de la mente y el cuerpo: Yoga, Meditación, Curación mental, Kinesiología, Hipnoterapia, Musicoterapia.

Hacen énfasis en la interacción entre la mente, el cuerpo y el comportamiento, y utilizan técnicas de control mental para modificar funciones físicas y promover la salud.

- 5- Técnicas sobre la base de la energía: Qi-Gong o Chi-Kung, Reiki, Terapia floral, Terapia biomagnética o con campos magnéticos.

Utilizan campos de energía para influir en el estado de salud. Hay dos tipos:

- Terapias del biocampo: buscan afectar a los campos de energía que rodean y penetran el cuerpo humano. Estas terapias pretenden modificar los biocampos aplicando presión o colocando las manos en o a través de estos campos. En este grupo se incluyen el Qi-Gong, la terapia floral o el Reiki. El Reiki se centra en curar el espíritu y el cuerpo mediante las manos: el profesional pasa sus manos sobre el cuerpo de una persona para

usar su propia energía sanadora con el fin de identificar los desequilibrios de energía y promover su salud.

- Terapias bioelectromagnéticas o con campos magnéticos: utilizan los campos electromagnéticos que rodean todos los dispositivos eléctricos (imanes, dispositivos electromagnéticos, etc.).

4.1.2. Evidencia actual ¹

Por ahora, son muy escasos los estudios publicados que aporten alto grado de evidencia sobre la efectividad de las terapias alternativas. Súmese, además, la baja calidad de la mayor parte de estos: las revisiones sistemáticas de los ensayos clínicos disponibles cuentan con una baja calidad, ya que en su mayor parte son ensayos no controlados o sin enmascaramiento. En la evaluación de calidad realizada el año 2000², se identificaron más de 5000 ensayos publicados entre 1966 y 1998, entre los cuales más del 90% eran de muy poca calidad. La puntuación media de calidad entre los estudios que cumplían los criterios de inclusión (inglés, aleatorio, controlado, ciego, con diagnóstico e intervención bien definidos y en revistas con revisión por pares) fue de 44.7 puntos sobre 100. No obstante, los autores del estudio subrayaban el lento crecimiento de la calidad de los estudios con el tiempo.

Hoy en día, nos encontramos ante distintas limitaciones a la hora de valorar la efectividad de las terapias alternativas. Para empezar, el enfoque holístico de equilibrio entre mente, cuerpo y entorno en el que se basan estas terapias, el énfasis en la salud en vez de en la enfermedad y el enfoque individualista de cada paciente, hacen comprensible que sea difícil crear evidencia científica.

Asimismo, está la dificultad en la elección y el tratamiento del grupo control. Hay evidencia de que de los diferentes tipos de placebos utilizados en la acupuntura –sobre todo en los que utilizan agujas– se obtienen distintos efectos y, en consecuencia, se produce un mayor número de respuestas fisiológicas. Por otra parte, el número reducido de sujetos incluidos en los estudios constituye otra gran limitación debido a que los intervalos de confianza de las medidas del resultado son muy amplios y la capacidad de generalizar los resultados es muy limitada.

En cuanto a las investigaciones existentes, “algunas revisiones hablan de que los mejores estudios suelen obtener peores resultados, de forma en que la calidad del estudio se relaciona negativamente con los resultados obtenidos, pero esto hay que interpretarlo con mucha precaución”¹.

No debemos olvidar que muchos pacientes muestran satisfacción asociada a una percepción de mejoría de síntomas o calidad de vida, aunque en muchas ocasiones no existen estudios que permitan determinar si esto se debe al efecto de la terapia o al placebo.

Además de la heterogeneidad encontrada entre los distintos placebos utilizados –ya comentado anteriormente–, los estudios que han analizado el efecto placebo de distintas terapias refieren que “se observa que el efecto analgésico de la acupuntura en distintas situaciones clínicas de dolor es mínimo y sin suficiente relevancia clínica, y que existe más diferencia del efecto analgésico entre la acupuntura placebo y el tratamiento estándar que entre la acupuntura y su placebo”³.

Finalmente, otro problema es la falta de promoción de investigación de calidad ya que, hasta muy recientemente, la industria con recursos no ha mostrado interés en invertir en la evaluación de estas técnicas y no se han desarrollado infraestructuras competentes para la investigación clínica de estas terapias, la cual presenta una gran complejidad⁴.

Resumiendo, se puede afirmar que “en términos generales, pocas terapias naturales han demostrado su eficacia en situaciones clínicas concretas mediante la aplicación de métodos científicos. Sin embargo, esta ausencia de demostración de su eficacia no debe ser considerada como sinónimo de ineficacia”¹.

4.2. ¿QUÉ OPINA EL MUNDO? CUESTIÓN DE PERSPECTIVA

4.2.1. Código de deontología médica⁵

El código de deontología médica vigente no aborda directamente el tema de las pseudoterapias. No obstante, algunos de sus capítulos suelen verse directamente infringidos en las prácticas alternativas. Los cito a continuación:

Capítulo IV	Calidad de la atención médica.	<p>Artículo 26.</p> <p>1.- El médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente.</p> <p>2.- No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces, la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas y el uso de productos de composición no conocida.</p>
Capítulo XIX	Publicaciones profesionales.	<p>Artículo 64.</p> <p>3.- Son contrarias a la Deontología las siguientes actuaciones: a. Dar a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no demostrada o exagerar ésta.</p>
Capítulo XX	Publicidad médica	<p>Artículo 65</p> <p>3.- La publicidad médica ha de ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados.</p> <p>5.- El médico no utilizará la publicidad para fomentar esperanzas engañosas de curación ni para promover falsas necesidades relacionadas con la salud.</p>
Capítulo XXI	Economía y honorarios	<p>Artículo 66</p> <p>7.- Queda prohibida la venta directa a pacientes de fármacos o cualquier otro producto con finalidad terapéutica.</p>

Tabla 2: El código deontológico sobre prácticas alternativas

4.2.2. Esfera legal

4.2.2.1. A nivel estatal: España¹

A pesar de la tendencia creciente de la utilización de las terapias alternativas, la normativa dirigida para regularlas es muy escasa, tanto a nivel estatal como a nivel autonómico. Analizaremos la situación en España desde tres vertientes:

– TÉCNICAS

A nivel estatal no contamos con regulación en cuanto a las técnicas alternativas utilizadas, salvo en lo que se refiere a la comercialización de productos homeopáticos y medicamentos a base de plantas. En este sentido, es fundamental la cooperación

internacional para su adecuada regulación, ya que los productos se fabrican en distintos países a los que se venden, lo que dificulta los controles de seguridad y calidad.

La Ley 29/2006^A, en sus Artículos 50 y 51, habla de los requisitos de autorización de los medicamentos homeopáticos y publica la lista de plantas que pueden o no venderse.

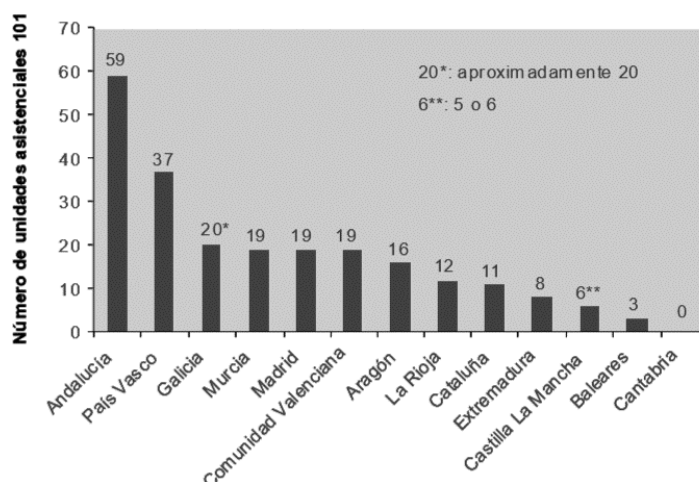
El Real Decreto 1345/2007^B, en la Sección 4, habla de los medicamentos tradicionales a base de plantas y en la Sección 5^a, de los medicamentos homeopáticos. Se obliga el registro de dichos medicamentos; asimismo, se establecen los criterios a cumplir, las causas de denegación y el procedimiento de registro.

En el apartado 3 del artículo 2 de la Orden SSI/425/2018^c, se regula la comunicación que deben realizar los titulares de medicamentos homeopáticos a los que se refiere la disposición transitoria sexta del Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Estas medidas están enfocadas a incrementar el uso racional de los medicamentos homeopáticos sin indicación terapéutica aprobada.

– CENTROS

En España no hay normativas que regulen los centros en los que se ejercen las terapias alternativas. La U.101, denominada Terapias no convencionales, se define como la unidad asistencial en la que el médico trata a los pacientes mediante terapias alternativas o productos homeopáticos que demuestren eficacia y seguridad.

Según establece el Real decreto 1277/2003^C, es competencia de las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas autorizar la instalación, el funcionamiento, la modificación y el cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de su ámbito territorial. Estos centros deben tener el distintivo en un lugar visible, para que los usuarios conozcan la autorización, el tipo de centro y su oferta asistencial. Por tanto, son las comunidades autónomas las encargadas de regular los centros dedicados a terapias no convencionales ya que son considerados centros sanitarios.



Gráfica 1: Centros autorizados en 2008 con unidad asistencial U.101

Las cifras del gráfico no representan la situación real, ya que gran parte de los centros en los que se aplican terapias alternativas no están autorizados como U.101, por no haber un médico al frente o por ser centros autorizados como consultas que de forma añadida aplican este tipo de terapias. Se trata de una gráfica con datos que se remiten al año 2008, pues no se ha publicado posteriormente un registro más actualizado.

Las normativas varían de una comunidad autónoma a otra:

Comunidad	Normativa
<i>Murcia</i>	Decreto 73/2004, de 2 de julio, por el que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y el registro de recursos sanitarios regionales.
<i>Aragón</i>	Decreto 106/2004, de 27 de abril aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón.
<i>Extremadura</i>	Decreto 37/2004, de 5 de abril, sobre autorización administrativa de centros, establecimientos y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
<i>Castilla y León</i>	Decreto 49/2005, de 23 de junio, por el que se establece el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
<i>Comunidad Valenciana</i>	Orden de 18 de abril de 2005, de la Conselleria de Sanidad, por la que se regulan los procedimientos de autorización sanitaria de centros y servicios sanitarios en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana.
<i>Asturias</i>	Decreto 53/2006, de 8 de junio, por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios.
<i>País Vasco</i>	Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.
<i>Madrid</i>	Decreto 51/2006, de 15 de junio, del Consejo de Gobierno, Regulador del Régimen Jurídico y Procedimiento de Autorización y Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. Orden 101/2008, de 14 de febrero, del Consejero de Sanidad, por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios de los proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento y de los servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.

<i>Andalucía</i>	Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las autorizaciones sanitarias y se crea el Registro andaluz de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
<i>Galicia</i>	Decreto 12/2009, de 8 de enero, por el que se regula la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
<i>La Rioja</i>	Decreto 80/2009, de 18 de diciembre, por el que se establece el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Rioja.
<i>Baleares</i>	Decreto 100/2010, de 27 de agosto, por la que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y el funcionamiento del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de les Illes Balears.
<i>Canarias</i>	Decreto 68/2010, de 17 de junio, por el que se regula la autorización y registro de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Canarias.

Tabla 3: Normas de las Comunidades Autónomas en desarrollo del Real Decreto 1277/2003

– PROFESIONALES

La Ley 44/2003^E, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), en su artículo 2, declara que las profesiones sanitarias tituladas y reguladas son “aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable”. El Gobierno determina los títulos necesarios para acceder a cada una de las especialidades.

No obstante, la mayor parte de las personas que aplican las terapias alternativas se dan de alta como “Profesionales relacionados con actividades parasanitarias” (naturópatas, acupuntores y otros profesionales parasanitarios), según las tarifas y la instrucción del Impuesto sobre Actividades Económicas aprobadas en el Real Decreto 1175/1900^F, del 28 de septiembre.

A consecuencia de la falta de regulación específica de la formación o titulación de las personas que aplican las terapias naturales, nos encontramos ante profesionales sanitarios y no sanitarios que las realizan; no son pocos los diplomados en otras materias (enfermería, farmacia, psicología) que practican terapias alternativas.

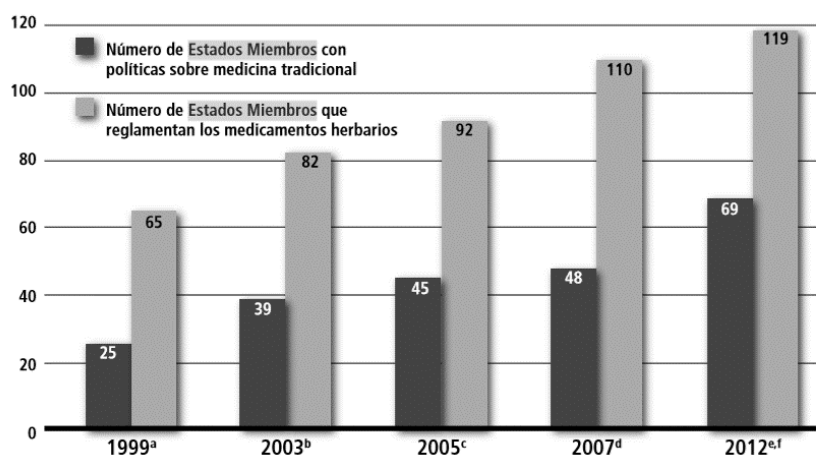
Por un lado, están los profesionales sanitarios que pueden haber recibido formación adicional en la materia (como después expondré, tanto universidades españolas como centros privados u organizaciones profesionales, imparten cursos de medicinas

alternativas dirigidos lo mismo a médicos que a otros profesionales sanitarios, tales como farmacéuticos o veterinarios). Por otro lado, están los profesionales que han adquirido conocimientos mediante estudios no reglamentados ni convalidados en España, sin titulación sanitaria homologada. Por último, están las personas que sin ningún tipo de formación practican las terapias alternativas.

Existen múltiples sociedades de profesionales de terapias alternativas en España: Asociación de Acupuntores de España, Asociación de Profesionales de Shiatsu, Asociación de Servicio Reiki, Asociación en Defensa de la Medicina Natural, Consejo General Español de Osteopatía, Federación Nacional de Herbolarios, Federación Española de Terapias Naturales y No Convencionales, Sociedad Española para la investigación, promoción y uso terapéutico de las esencias florales...

4.2.2.2. En el extranjero^{1, 6}

La situación legal de las terapias alternativas varía dependiendo del país en el que enfoquemos la mirada. Con los años, cada vez más Estados Miembros de la OMS han desarrollado normativas sobre terapias alternativas, dirigidas generalmente a definir su papel, creando “mecanismos normativos y legales para promover y mantener una buena práctica, un acceso equitativo y asegurar la seguridad y eficacia de las terapias”.



Gráfica 2: Seguimiento de la reglamentación de la medicina tradicional y medicamentos herbarios.



Gráfica 3: Dificultades que afrontan los Estados Miembros en cuestiones normativas de las MAC

En los países desarrollados, la medicina convencional encabeza el sistema sanitario, mientras que la medicina alternativa consta de un carácter más accesorio. No obstante, como se ha destacado a lo largo del documento, el uso de las medicinas alternativas es cada vez más común. El porcentaje de población que ha utilizado medicinas alternativas al menos una vez es del 70% en Canadá, 49% en Francia, 42% en EE.UU. y 31% en Bélgica.

Por otro lado, en los países en vías de desarrollo está muy extendido el uso de la medicina alternativa: en África el 80% de la población utiliza la medicina tradicional y en China, el 40% (la acupuntura y la medicina tradicional china están integradas en el sistema público de salud). Esto se debe a que en estos países hay más personas que ejercen la medicina alternativa que profesionales médicos. También son países de creencias más arraigadas en torno a estas terapias.

La OMS divide los sistemas de salud respecto a las terapias alternativas en tres tipos:

- Sistemas integrados: las terapias alternativas están oficialmente reconocidas y disponibles en los centros sanitarios. En este grupo se encuentran China, ambas Coreas y Vietnam.

- Sistemas inclusivos: reconocen las terapias alternativas, pero el sistema sanitario no las cubre o no se regulan los proveedores y los productos o no se consideran dentro de la educación oficial universitaria. En este grupo se encuentran países en vías de desarrollo como Guinea Ecuatorial, Nigeria o Malí, y países desarrollados como Canadá o Reino Unido.
- Sistemas tolerantes: el sistema sanitario se basa en la medicina convencional, pero la ley tolera algunas terapias naturales. En este grupo situaríamos a Francia.

– UNIÓN EUROPEA

En la Unión Europea, en general, las autoridades sanitarias no reconocen las terapias naturales. No obstante, varios países han regulado algunos aspectos de las terapias alternativas. La falta de acuerdo entre los diferentes Estados Miembros por sus distintos enfoques dificulta la regulación de las medicinas alternativas en la UE, tal y como el Parlamento Europeo recomendó.

La Resolución 1206 (1999) del Consejo de Europa declara que las medicinas alternativas pueden ser practicadas por médicos convencionales o personas formadas en el ámbito de la medicina no convencional. En países meridionales como Francia, Bélgica y Luxemburgo, sólo los médicos pueden proporcionar atención sanitaria (tanto convencional como alternativa). Sin embargo, en países nórdicos tienen el enfoque contrario, ya que permiten a cualquier persona proporcionar cuidados sanitarios (excepto realizar determinadas actuaciones que están reservada a los médicos). Por ejemplo, en Alemania existe la figura del “Heilpraktiker”, quien adquiere la licencia para trabajar en el sector ambulatorio ofreciendo este tipo de terapias, aunque no le cubre el sistema sanitario⁷.

Países como Reino Unido, Francia, Alemania, Bélgica, Holanda y Países Nórdicos están incorporando la medicina alternativa a las estructuras sanitarias tradicionales. “Un 90% de los servicios de tratamiento del dolor del Reino Unido y el 70% de Alemania incluyen la acupuntura entre los tratamientos que dispensan. En el caso de Francia y Alemania, los médicos no sólo prescriben medicamentos homeopáticos y fitoterápicos, sino que su coste es reembolsado por el sistema sanitario”¹. No

obstante, la dificultad para crear evidencias científicas de estas técnicas dificulta, a su vez, que la mayoría de los estados miembros sean proclives a reembolsar estos tratamientos.

4.2.3. Organización Mundial de la Salud⁶

La OMS desarrolló una estrategia sobre la MAC 2014-2020 para “ayudar a las autoridades sanitarias a encontrar soluciones que propicien una visión más amplia respecto de la mejora de la salud y la autonomía de pacientes”. En dicha estrategia, presta apoyo a los Estados Miembros para aprovechar la contribución de la MAC a la salud y, además, promueve su utilización segura y eficaz, reglamentando los productos, prácticas y profesionales.

Para ello, formula tres objetivos estratégicos y sus respectivas orientaciones o medidas estratégicas:

- 1- Crear la base de conocimientos para la gestión activa de la MAC a través de políticas nacionales adecuadas.
 - a. Comprender y reconocer el papel y las posibilidades de la MAC.
 - b. Fortalecer la base de conocimientos, generar pruebas y preservar recursos.
- 2- Fortalecer la garantía de calidad, seguridad, utilización adecuada y eficacia de la MAC mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales.
 - a. Reconocer el papel y la importancia de la reglamentación de productos.
 - b. Reconocer y desarrollar reglamentación sobre prácticas y profesionales, en lo concerniente a formación y capacitación, desarrollo de aptitudes, servicios y terapias de MAC.
- 3- Promover la cobertura sanitaria universal mediante la integración de servicios de la MAC en la atención de salud y la autoatención de salud.
 - a. Aprovechar las posibilidades de la MAC para contribuir a mejorar los servicios de salud y los resultados sanitarios
 - b. Velar por que los usuarios de la MAC puedan tomar decisiones informadas respecto de la autoatención de la salud.

La OMS hace hincapié en lo siguiente:

...el camino hacia la cobertura sanitaria universal debe superar los obstáculos a los que se enfrentan las personas para acceder a servicios de atención de salud [...] pueden estar demasiado lejos (obstáculos geográficos); o carecer de personal suficiente, lo que conlleva largas horas de espera (obstáculos de organización); o ser incompatibles con las preferencias culturales y de género de las personas (obstáculos culturales). Además, aun cuando la población pudiera acceder a los servicios, estos podrían ser de mala calidad o, en ciertos casos, incluso nocivos [...] En lugar de los obstáculos mencionados, la MAC de calidad podría efectuar una contribución positiva para alcanzar la cobertura sanitaria universal.

4.2.4. Organización Médica Colegial de España⁸

La última declaración de la OMC (a 12 de junio de 2018), muestra su “rechazo, por contrarias a la deontología y ética médica, a todas las prácticas invalidadas científicamente, incluyendo la homeopatía”.

En dicha declaración, anuncia la creación de un observatorio para investigar, denunciar y luchar de forma activa contra todas las pseudociencias, pseudoterapias, intrusismo y sectas sanitarias. Además de recalcar la falta de evidencia científica de eficacia médica fuera del efecto placebo de estas prácticas (la homeopatía entre otras), habla de sus altos riesgos y costes, así como la confusión que puede crear el concepto de “medicina alternativa” en muchos pacientes. Rechaza también su carácter ilusorio, con promesas de curación, en los pacientes enfermos.

Habla de la importancia de los cuatro principios de la bioética:

... se fijan cuatro condiciones que deben cumplir todas las prácticas en cualquier proceso de validación de cualquier tipo y en todos los casos [...] que no haga daño (principio de no maleficencia), que no se abandone la medicina científica (principio de beneficencia), que se informe adecuadamente (principio de justicia) y que se obtenga el consentimiento

informado (principio de autonomía) [...] Deben cumplirse todos y en todos los casos...

Para finalizar, dice que los médicos practicantes de dichas terapias deben informar adecuadamente a sus pacientes sobre las técnicas no reconocidas legal ni científicamente, y asumir las obligaciones y responsabilidades jurídico-legales, profesionales y deontológicas que puedan derivar.

Muy diferente es la postura del Colegio de Médicos de Valencia (ICOMV) ante la homeopatía, pues pide “respeto para aquellos médicos que desarrollan la medicina integrativa atendiendo a las necesidades de los pacientes y siguiendo el código deontológico que establece esta Corporación colegial” en su comunicado del 10/02/2016⁹.

Asimismo, la OMC recalca su “lucha activa y permanente contra el intrusismo en la profesión médica atendiendo a la gravedad de esta práctica que puede poner en grave riesgo la vida del paciente”, ya que “desde la corporación se pretende separar claramente entre aquellos médicos que utilizan terapias integrativas y cualquier otro individuo que se atribuyen condiciones de sanación sin ningún conocimiento de la ciencia de la medicina y ningún compromiso con códigos de deontología médica como principio fundamental de actuación...”.

La APETP ha emitido varias cartas al ICOMV, denunciando que al menos 56 colegiados emplean este tipo de técnicas. Entre los aludidos está el consejero del Colegio de Médicos de Valencia y presidente de la comisión contra el intrusismo, Rafael Torres (que, además, es expresidente de la Asociación Española de Médicos Naturistas y presidente de la Sección Colegial de Medicina Integrativa del Colegio Oficial de Médicos de Valencia)¹⁰.

4.2.5. Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios¹¹

En el comunicado emitido por la AEMPS el 30 de abril del 2018, se informa que los productos homeopáticos acogidos al Real Decreto 1345/2007^B cuentan con un plazo límite de tres meses para comunicar a la AEMPS su intención de adecuarse a ella.

Una vez enviadas las peticiones, la AEMPS publica su resolución el 30 de octubre de 2018, emitiendo una lista con los productos que pueden seguir comercializándose por el momento (el resto deberán ser retirados); se publican un total de 2008 productos (de aproximadamente 19.000 productos que se encuentran en el mercado), entre los cuales 1.996 se comunican como productos sin indicación terapéutica y 12 como productos con indicación terapéutica. Asimismo, fija el calendario para que los titulares soliciten la correspondiente autorización de comercialización.

A partir de este momento, los titulares deben presentar los dosieres con la documentación que avale la autorización de sus productos de acuerdo con las dos bases legales existentes (existen dos modalidades de autorización: a) un procedimiento de registro para productos con vía de administración oral o externa, sin indicación terapéutica particular y un grado de dilución que garantice la inocuidad del medicamento; y b) un procedimiento de registro similar al del resto de medicamentos con exigencia, por tanto, de las mismas pruebas de calidad, seguridad y eficacia).

Los productos incluidos en esta última resolución podrán ser no autorizados finalmente y podrá obligarse su retirada del mercado, de la misma forma que aquellos productos que no presenten el dossier en el periodo indicado (cuentan con 7 plazos divididos entre el 1 de noviembre del 2018 y el 30 de abril del 2022).

El 8 de enero del 2019 se actualiza el listado que mantiene los 2.008 productos que aspiran a ser legales en España, con correcciones sobre la forma farmacéutica en la que por error se consignaron incorrectamente los datos.

4.2.6. Asociaciones

A nivel nacional contamos con múltiples asociaciones (tanto a favor como en contra de las terapias alternativas) entre las cuales he escogido dos para representar la polarización de la sociedad en la que nos encontramos en el momento actual.

Por un lado, la Sociedad Española de Medicina Homeopática destaca que “la homeopatía forma parte de la medicina y que no debe confundirse con las pseudociencias. Los productos homeopáticos, como medicamentos que son se

dispensan de forma exclusiva en farmacias y esta es la mejor garantía de seguridad”. Asimismo, señala la existencia de evidencias y publicaciones científicas que avalan la utilidad y eficacia de los medicamentos homeopáticos¹².

En el lado opuesto, la APETP deja claro que “no estamos en contra de los usuarios de pseudoterapias, sino en contra de quienes ofertan como válidas propuestas que no han demostrado serlo”. Su finalidad es, por tanto, “trabajar para conseguir la tipificación como delito de cualquier actividad y publicidad de terapias que se presenten como curativas sin serlo y las praxis y actuaciones de quienes sin estar en posesión de los obligatorios estudios y títulos de medicina para ejercer la misma [sic], pretendan impartir a un enfermo un tratamiento, presentándolo como curativo”. Al mismo tiempo, trabaja para “informar a quien corresponda de los casos de injerencias”⁹.

Entre los casos denunciados por la APETP, se encuentran la Universidad de Alcalá de Henares (“ha otorgado el título de Profesor Honorífico a Isaac Goiz Durán, inventor de la pseudoterapia conocida como biomagnetismo médico y quien afirma haber curado a pacientes de sida y cáncer utilizando imanes”); la Universidad Complutense de Madrid (“lleva años impartiendo un título de Especialista en Par Biomagnético”); la Universidad de Valencia (“lleva años impartiendo un Máster en medicina naturista, acupuntura y homeopatía y otro en terapias complementarias aplicadas a la salud y equilibrio personal que acaba de ser creado”)¹⁰.

4.2.7. Prácticas y docencias alternativas^{13, 14}

Aún existen universidades y hospitales españoles que ofrecen docencias y servicios de contenido médico alternativo. Un ejemplo es el campus docente Sant Joan de Deu, que imparte másteres de medicina tradicional china y acupuntura, terapia ayurvédica y valoración energética y acupuntura. Otro caso es el hospital San Juan de Dios de Córdoba, que ofrece un servicio de hidrocolonterapia, consistente en una terapia pseudocientífica para mejorar el tono muscular del colon, problemas de la piel y alergias, desórdenes venosos y linfáticos (como piernas cansadas), eliminación de toxinas, insomnio, estrés, ansiedad e incluso prevenir el cáncer del colon. La APETP advierte de la falta de evidencia científica de la mencionada terapia, además

de sus riesgos (“infecciones, desequilibrios de electrolitos, perforaciones del intestino e incluso la muerte en los casos más graves”).

No obstante, ya hay universidades que han tomado medidas. La universidad de Valencia ya ha retirado en total siete másteres: Medicina Regenerativa y Antienvejecimiento (“se potenciaba el consumo de vitaminas, especialmente la vitamina C para curar el cáncer y otras patologías graves”); Acupuntura; Recuperación Funcional de la Actividad Física y el Deporte; Developmental Behavioural Modelling (DBM); el Certificado en Coaching con Metodología DBM para la Enseñanza, Gestión, Coaching y Terapia; el Diploma de especialización en Hipnosis Ericksoniana; Certificado universitario Modelado del Aprendizaje desde el DBM. A su vez, la universidad de Barcelona ha retirado su máster en homeopatía.

Ante esta situación, Pablo Lara, presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Medicina, confiesa que “hasta ahora no hemos recibido ninguna solicitud de actuación, pero es una situación preocupante”. Laura Martínez, presidenta entrante del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, declara que “los estudiantes de medicina nos oponemos a cualquier práctica pseudocientífica y exigimos una regulación más estricta para evitar la implantación de estos cursos, sobre todo en las universidades públicas”.

4.3. LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ¹⁵

La enfermedad inflamatoria intestinal es una enfermedad de base inmunológica, que se caracteriza por una inflamación crónica del tracto gastrointestinal. La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) representan sus dos formas principales.

En nuestro medio, la CU es la más prevalente. Sin embargo, la incidencia de EC está aumentando en los últimos años.

La etiología de la EEII es desconocida, por lo que solo existen teorías para explicar la patogenia. Se cree que es debida a una combinación de factores genéticos, autoinmunes, ambientales e infecciosos. Cualquiera de estos factores puede iniciar el proceso inflamatorio que, junto a una alteración del sistema inmune, mantiene y amplifica la inflamación.

Ambas dolencias cursan con brotes. Durante el periodo de brote existe una inflamación aguda y por eso los pacientes están sintomáticos. Entre brote y brote, la inflamación remite y los pacientes están asintomáticos o si tienen síntomas, son muy leves.

En la EC, los síntomas dependen de la extensión y del lugar de la afectación. Hablando de forma genérica, cursan con dolor abdominal, diarreas sanguinolentas o con productos patológicos, tenesmo, y diversas complicaciones como estenosis, abscesos, fistulas, megacolon tóxico, tumores, manifestaciones extraintestinales... También pueden cursar con síntomas sistémicos como fiebre, malestar general, taquicardia, incremento de reactantes de fase aguda, anemia ferropénica e hypoalbuminemia.

Su manejo convencional se resume en los siguientes algoritmos:

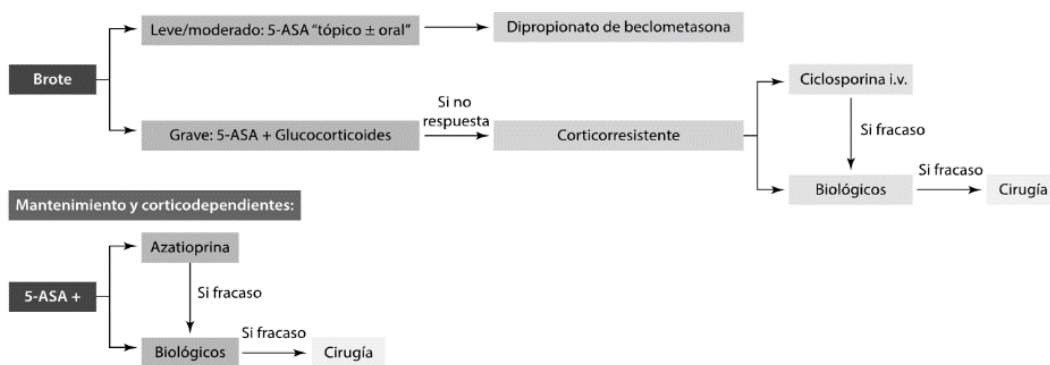


Figura 8: Tratamiento de la colitis ulcerosa

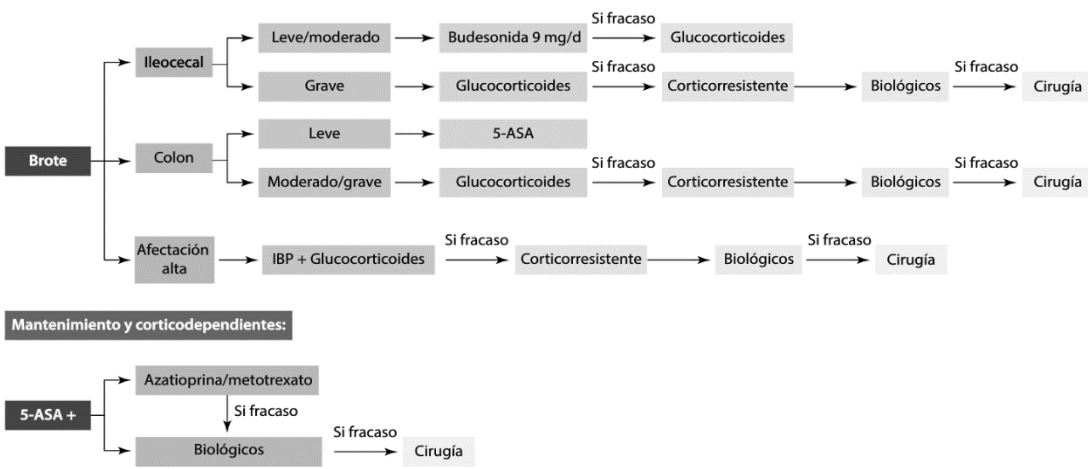


Figura 9: Tratamiento de la enfermedad de Crohn

4.3.1. Factor estrés

El estrés desempeña un papel muy importante en las enfermedades digestivas, más aún en la EII¹⁶. Aunque ya era conocido que el 70% de los pacientes consideran el estrés un modificador de la enfermedad, asociando la aparición de nuevos brotes al estrés psíquico o a acontecimientos vitales estresantes, los estudios ya han confirmado este hecho³³.

El estrés es una respuesta fisiológica de nuestro organismo para mantener la homeostasia ante amenazas externas y es el responsable de adaptarnos tanto física como psicológicamente a situaciones que así lo requieran. Por cuestiones éticas evidentes ha sido difícil estudiar el efecto del estrés en los individuos, ya que generarlo de forma intencionada atentaría contra su integridad. Además, la respuesta estresante ante el mismo estímulo puede ser diferente de un individuo a otro, ya que depende mucho de la percepción de importancia que tiene la persona¹⁸.

La respuesta del estrés surge de la integración del hipocampo, hipotálamo e hipófisis tras recibir señales aferentes tanto somáticas como viscerales¹⁸. Los efectos del estrés en la EII están mediados por el sistema nervioso autónomo (SNA) y el eje hipotálamo-hipófisis-glándula adrenal (HPA). Este camino es conocido como “eje cerebro-intestino”, el encargado de conectar ambos sistemas modificando la permeabilidad intestinal, la translocación bacteriana, la red de citoquinas, mastocitos y distintos mediadores¹⁶. Las vías de actuación del estrés son las siguientes¹⁸:

1. El estrés estimula la segregación del hipotálamo del factor liberador de la corticotropina (CRF), causando un aumento de la corticotropina (ACTH) y, por último, la liberación del cortisol (glucocorticoide) en la glándula suprarrenal.
2. La respuesta del SNA se lleva a cabo a través de un camino directo desde el hipotálamo al núcleo pontomedular. Así, se activa el sistema nervioso simpático (SNS) y se estimula la liberación de adrenalina y noradrenalina desde la glándula suprarrenal. El SNS también estimula directamente el intestino: las aferencias y eferencias del intestino forman el sistema nervioso intestinal (SNI), que contiene más de 100 millones de neuronas, y se encargan de regular la motilidad, las funciones endocrinas y exocrinas y la microcirculación del órgano. Algunos autores hablan de una posible hiperreflexia del SNA en los pacientes con EII.

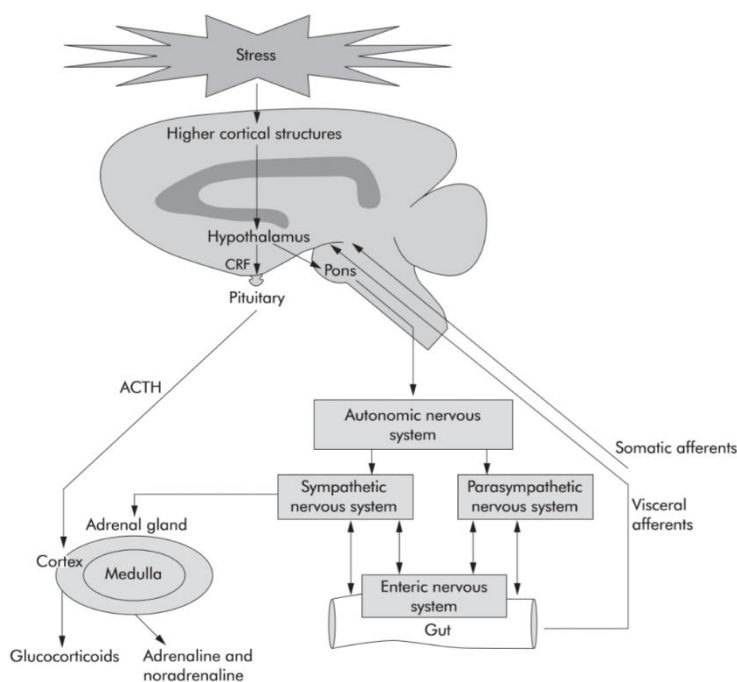


Figura 10: Vías de actuación del estrés

A día de hoy, se conoce que el eje HPA, SNA y SIN interaccionan directamente con el sistema inmune del organismo. La gran variedad de neurotransmisores que contienen las neuronas del SNA y SIN (catecolaminas, péptido vasoactivo intestinal, angiotensina, somatostatina...) son capaces de afectar a la función de linfocitos, macrófagos, neutrófilos y otras células inflamatorias¹⁸.

Los glucocorticoides, en pequeñas concentraciones, tienen efecto inmunoestimulante. No obstante, a mayores concentraciones tienen acción inmunosupresora, aumentando la síntesis de citosinas y quimioquinas antiinflamatorias (IL1, IL6...), factores de necrosis tumoral (TNF α), promoviendo la apoptosis de células inflamatorias (linfocitos T y eosinófilos)... De forma similar, la adrenalina y la noradrenalina tienen efectos mixtos en el sistema inmune y la función inflamatoria¹⁸.

El estrés crónico –como la depresión mayor o el duelo– se asocia a una inmunosupresión del organismo, aunque también se han encontrado aumentos subclínicos de PCR en algunos casos, y el estrés agudo con la inmunoestimulación¹⁸.

El estrés agudo estimula el SNA aumentando los niveles de adrenalina y noradrenalina, cortisol, citosinas inflamatorias; se acumulan mastocitos en el intestino que a su vez sintetizan histamina, triptasa...; aumenta la secreción de agua, e iones de sodio y cloruro; estimula la motilidad intestinal, e incluso disminuye el umbral del dolor, manteniendo un estado de hiperalgesia e hipersensibilidad¹⁸.

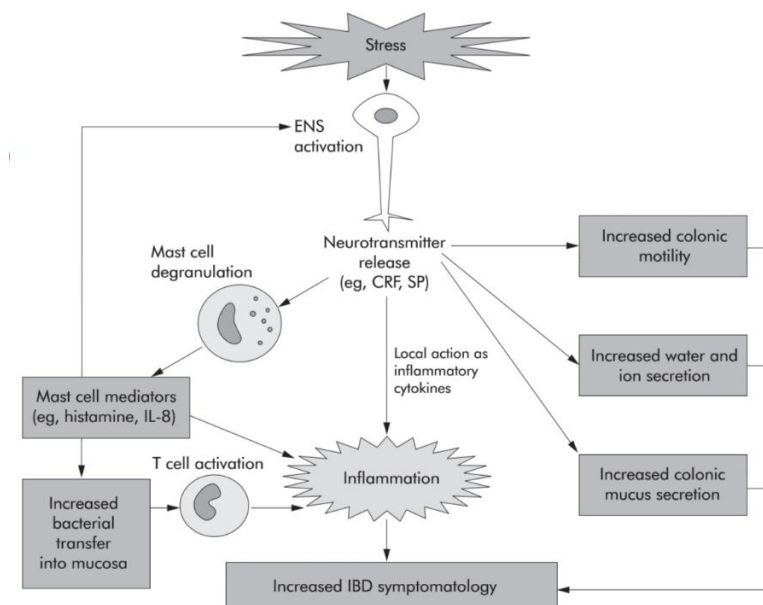


Figura 11: Mecanismos inmunestimulantes del estrés agudo

Esta teoría del eje cerebro-intestino explica que la depresión y la ansiedad influyan en el curso y la severidad de la patología, por lo que es importante reconsiderar un apropiado tratamiento psicológico que trate el estrés para su abordaje¹⁶. Aun así, las terapias de reducción de estrés no han sido suficientemente estudiadas ni formalizadas en el tratamiento de la EII. En los pocos estudios realizados en el campo, los resultados han sido conflictivos; contamos con resultados que demuestran la mejoría del curso de la enfermedad con técnicas conductuales, de relajación o de educación, al mismo tiempo que otros estudios no encuentran diferencias significativas. Se necesitan más estudios para concluir si estas terapias tienen beneficios en los pacientes con EII¹⁸.

4.3.2. Trastornos psicológicos¹⁶

Los trastornos psicológicos también pueden ser consecuencia de la EII.

Esta patología se asocia a distintos trastornos psicológicos, siendo la depresión (45%) y la ansiedad las más frecuentes (en momentos de brote pueden afectar a cerca del 80% de los enfermos). Además, se suman la incertidumbre, frustración y malestar que puede generar el miedo a las recaídas, a la cirugía o a los efectos secundarios del tratamiento.

Completando el círculo y conectando con lo anteriormente dicho, estos trastornos al mismo tiempo pueden influir en la evolución de la patología. Es por esto por lo que en las consultas médicas cada vez se evidencia más la necesidad de un abordaje multidisciplinar de los pacientes con EII.

4.3.3. El efecto placebo^{18, 28, 29}

En numerosos ensayos clínicos de los tratamientos de la EII, las tasas de respuesta al placebo se sitúan en torno al 30-40%. Esta respuesta no solo se relaciona con la sensación de bienestar de los pacientes, sino también con medidas objetivas como la inflamación de la mucosa intestinal observada al endoscopio. Esto aporta mayor evidencia al hecho de que los cambios psicológicos en los pacientes condicionan la actividad de la enfermedad.

4.4. TERAPIAS ALTERNATIVAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

4.4.1. Escenario actual

El uso de MAC en los pacientes con enfermedades crónicas es muy frecuente. Dentro de este grupo, los pacientes con EII son unos de los mayores usuarios. Según estudios, entre el 21-60% de los pacientes con EII utilizan o han utilizado alguna MAC en algún momento de su enfermedad; su uso está más extendido en los pacientes con CU¹⁷.

Los pacientes generalmente combinan el uso de MAC con la medicina convencional, siendo muy raro su uso exclusivo. También es común el uso de distintas MAC de forma simultánea³¹. Los tratamientos más utilizados en España son la fitoterapia (48%), la homeopatía (29%), la acupuntura (25%) y el aloe vera (20%)²⁷. En países como Alemania, los probióticos son muy utilizados. La diferencia en el tipo de MAC utilizado en cada país radica en sus distintos escenarios culturales; los preparados herbales son muy frecuentes tanto en América del Norte como en Europa, mientras que la homeopatía es muy poco utilizada en América del Norte y muy popular en Europa⁷.

Terapia	%
Vitaminas	24-65%
Homeopatía	6-52%
Preparados herbales	5-58%
Boswellia Serrata	40%
Dieta	16-45%
Carbohidratos específicos	5-10%
Acupuntura	13-38%
Masajes, quiropráxia, reflexología	9-30%
Naturopatía	10-34%
Probióticos	19-54%

Tabla 4: MAC más utilizadas en el Norte de América y Europa ¹⁹

- PREPARADOS HERBALES Y BOTÁNICOS¹⁷

Son productos de fácil adquisición y a menudo se venden como suplementos dietéticos. En este grupo encontramos la *Boswellia serrata* (Shallaki o incienso indio), *Artemisia absinthium* (ajenjo), *Curcuma longa* (cúrcuma), *Andrographis paniculata* (equinácea india), *plantago ovata*, zumo de germinado de trigo, aceite de onagra, cebada germinada o brotes de cebada, Aloe vera, Cannabis, Cardo mariano, Sólfora o árbol de Pagoda, Nicotina...

La *Boswellia serrata* parece inhibir las vías proinflamatorias de la lipooxigenasa o ciclooxigenasa. Se ha empleado para el control del brote y para el mantenimiento de la remisión en la EII.

El Aloe vera parece inhibir la producción de prostaglandinas E2, IL-8 y la liberación de especies reactivas al oxígeno y radicales libres.

El cánnabis ha mostrado eficacia mejorando la inflamación, disminuyendo la producción de prostaglandinas e histamina e inhibiendo la función fagocítica de los macrófagos. Existen ensayos que demuestran diferencias significativas respecto al placebo. El 10% de los pacientes con EII en España fuman cánnabis, pero solo un tercio de ellos lo habla con su médico²⁰.

La nicotina altera la función inmune intestinal y sistémica, ejerciendo un efecto protector en la CU. Según la evidencia disponible, la nicotina es capaz de inducir remisión, pero no tiene eficacia en el mantenimiento.

- MEDICINA CUERPO-MENTE¹⁷

Últimamente está creciendo el interés en las técnicas que potencian la relación cuerpo-mente. En este grupo se encuentran el yoga, la meditación trascendental, la meditación consciente (mindfulness), el Tai Chi o el Qi Gong.

Como se ha explicado anteriormente, hasta el 70% de los pacientes consideran el estrés un modificador de la enfermedad, y asocian la aparición de nuevos brotes al estrés psíquico o a acontecimientos vitales estresantes.

Se ha evidenciado que, aunque las técnicas de meditación no influyan en la frecuencia o severidad de los brotes en pacientes en remisión, pueden ser útiles en pacientes en remisión con una reactividad al estrés aumentada. También mejoran la calidad de vida disminuyendo el impacto negativo de los brotes. En resumen, son técnicas que mejoran la ansiedad, el dolor, el estado de ánimo, el estrés y la calidad de vida.

- ACUPUNTURA Y MOXIBUSTIÓN¹⁷

No podemos extraer conclusiones significativas de la eficacia de estos tratamientos: el metaanálisis que evidencia mayor eficacia de estas terapias frente a la sulfasalazina carece de la suficiente calidad, así como los estudios que se han realizado en este campo.

- HOMEOPATÍA¹⁷

No hay publicaciones de calidad que evalúen la eficacia de la homeopatía en la EII.

Los grados de satisfacción son diferentes dependiendo de la técnica. En un estudio realizado en Alemania, los probióticos muestran el mayor nivel de satisfacción (57%) mientras que la homeopatía presenta los porcentajes más bajos (39%)⁷.

4.4.2. ¿Quién las utiliza?

- POBLACIÓN ADULTA

Para el uso de MAC, son factores predictores los siguientes¹⁷:

- Edad joven, género femenino, nivel educativo y socioeconómico alto.
- Presencia de manifestaciones extraintestinales, enfermedad de larga evolución, CU, uso prolongado o intensivo de corticoides, estar en remisión clínica, el cumplimiento terapéutico pobre, haber suspendido el tratamiento convencional.

Algunos estudios concluyen que el antecedente de cirugía o tratamientos intravenosos se consideran factor protector del uso de MAC²¹.

Se ven diferencias significativas entre los usuarios y no usuarios de las MAC, en torno a la percepción de enfermedad, las causas que la precipitan, las expectativas en el tratamiento o las preferencias en decisiones compartidas⁷.

- POBLACIÓN PEDIÁTRICA¹⁹

Nos encontramos ante una población de distintas características. Por un lado, hay que señalar que no son los propios niños quienes toman las riendas de su tratamiento; la decisión del uso de MAC es tomada generalmente por los padres o sus cuidadores. Por otro lado, es de destacar el miedo de los padres ante los efectos secundarios, sobre todo de los corticoesteroides en el retraso de crecimiento. Por último, nos encontramos con que la evidencia científica respecto al tratamiento convencional en la población pediátrica es muy limitada.

En cuanto a su aplicación, se observa que hasta el 40% de la población pediátrica ha empleado algún tipo de MAC a lo largo de su vida¹⁷. No obstante, los porcentajes varían mucho geográficamente, de tal modo que se dan niveles muy bajos en Canadá (6,7%) y niveles muy elevados en Australia (72%).

Las MAC más utilizadas en la población pediátrica son los probióticos, aceites de pescado, hierbas (Aloe vera, aceite de onagra), modificaciones dietéticas y terapia vitamínica. Como en la población adulta, es común el uso de varias MAC de forma simultánea, y se ha registrado una media de 2-3 MAC por niño.

Los factores que se han asociado positivamente al uso de MAC son el mayor número de efectos adversos del tratamiento convencional y otros factores como mayor nivel cultural, edad más joven, uso de MAC previo. En algunos estudios la gravedad de la enfermedad no mostró asociación significativa, mientras en otros sí lo hizo, relacionándose el uso de MAC con la menor calidad de vida, mayor ausencia escolar, mayor gasto en medicamentos convencionales, uso de ciertos tratamientos (corticoesteroides, inmunomoduladores...), etc.

4.4.3. ¿Por qué se utilizan?

Varios estudios han analizado los factores que influyen a los pacientes en la toma de decisión para el uso de distintas MAC. Se han encontrado múltiples factores, entre ellos destaca el miedo a los efectos secundarios de la medicación convencional o la falta de respuesta de estos. Los pacientes refieren una sensación de seguridad en el uso de terapias que según refieren, no causan ningún tipo de efecto secundario²².

Los pacientes, asimismo, expresan su deseo de ser más informados acerca de su enfermedad y de los tratamientos, así como de recibir un tratamiento más individualizado, adaptado a cada caso. Además, sienten la necesidad de asumir mayor responsabilidad en cuanto al manejo del tratamiento, para así obtener una sensación de control sobre su salud y enfermedad. En definitiva, buscan desempeñar un rol más activo³². Esto a su vez explica que los pacientes que no hayan notado ninguna mejoría con el uso de MAC se sientan aun así satisfechos con el tratamiento o que pacientes no partidarios de su uso opten por terapias no probadas¹⁹.

“Empecé a usar las terapias alternativas porque mis doctores...”	(%)
“me dieron tratamientos que no me ayudaron”	57
“me recetaron medicamentos que me causaron serios efectos secundarios”	53
“piensan diferente a mi respecto a las causas y tratamientos de mi enfermedad”	47
“al hablar de mi enfermedad me dejaron muy poca, o ninguna, esperanza”	39
“no me dieron la ayuda y cercanía humana que necesitaba”	31
“no tuvieron en cuenta mi modo y hábitos de vida”	27
“no decidieron mi tratamiento conmigo”	19
“no pudieron encontrar que es lo que me pasaba”	16
“otros”	15
“no me dieron ningún tratamiento”	11

Tabla 5: principales argumentos para el uso de MAC esgrimidos por los pacientes que se estudiaron en 1999 en Canadá ²¹

En otro estudio realizado en 2011 en Canadá, repartieron las razones de uso de MAC en dos bloques, dividiéndolos en beneficios directos (relacionados con la enfermedad) e indirectos (no relacionados con la enfermedad)¹⁹.

BENEFICIOS DIRECTOS	
Búsqueda de una terapia óptima	79%
Mejor control de la enfermedad	64%
Evitación del tratamiento con esteroides	63%
Paliación de efectos secundarios de los medicamentos convencionales	38-45%
Ineficacia de la terapia convencional	39-42%
BENEFICIOS INDIRECTOS	
Deseo de adquirir responsabilidad del tratamiento	42%
Mejor control de su vida	73%
Control de su propia salud	29%
Énfasis en el tratamiento holístico de la persona	51%

Tabla 6: Beneficios directos e indirectos del uso de MAC ¹⁹

En la población pediátrica, los principales motivos del uso de MAC incluyen evitar los efectos secundarios de los tratamientos convencionales, la insatisfacción de las medicinas convencionales y la experiencia positiva de terceros en el uso de MAC. Por otro lado, los dos motivos más comunes para el no-uso de las terapias alternativas son la satisfacción del tratamiento convencional y la preocupación de que estas terapias interfieran con el tratamiento convencional¹⁹.

Volviendo a la población adulta, la mayor parte de los pacientes no perciben como ayuda las terapias de grupo, y las describen como “deprimentes” e “inaguantables”²². Sin duda, identificar todos estos factores es de vital importancia para la educación de los profesionales sanitarios, ya que les permitirá poder manejar adecuadamente los distintos escenarios y contribuir en la mejora de la comunicación médico-paciente²².

4.4.4. Eficacia probada

En general, la evidencia científica de calidad es muy limitada en el campo; aunque dichas terapias puedan ser efectivas, aún carecemos de evidencia e información suficiente, tanto en EII como en otras patologías¹⁷. Hoy por hoy, nos encontramos

con estudios con tamaños muestrales insuficientes, falta de controles necesarios, diseños erróneos y pobres informes de resultados³⁰.

En una revisión sistemática del año 2014 se comparan 29 ensayos sobre la eficacia de MAC en la EII. Se concluye que las terapias con mayor evidencia en la CU son cúrcuma y plantago ovata (preparados herbales), terapias de cuerpo y mente y la acupuntura. En la EC lo son la Artemisia absinthium y la acupuntura. En la misma revisión, aparte de la efectividad de cada tipo de terapia, también se estudia la parcialidad de estos, y se llega a la conclusión de que en los estudios el riesgo de sesgo es bastante heterogéneo y por lo general alto (por ejemplo, por la ausencia de publicación de los estudios con resultados negativos)²³.

También hay investigaciones que sugieren que el beneficio de estas terapias radica en su efecto placebo, y se observa que, cuanto mayor es la creencia de los pacientes de que el tratamiento va a funcionar, mayores son los beneficios obtenidos²⁴.

Los beneficios más registrados giran en torno a una mejor sensación de bienestar y alivio de la sintomatología. Así, dos tercios de los usuarios de MAC refieren una sensación de mejor control sobre la enfermedad, un efecto indirecto que no debemos pasar por alto¹⁹.

Aun así, es importante destacar que el concepto de evidencia tiene distinto significado para el médico y para el paciente. El paciente basa su evidencia en anécdotas, testimonios, opiniones de expertos, sensación de bienestar, literatura popular... Esto, en cambio, no constituye ninguna evidencia para el médico. De todas formas, debemos considerar que la evidencia es más que una simple evidencia científica, es la “integración de la mejor evidencia de investigación con la experiencia clínica y los valores de los pacientes”. Más aún, la evidencia es contexto-dependiente porque la evidencia sugerida tiene limitado valor si las circunstancias o el paciente no se adapta¹⁹.

Concluyendo, puede que las MAC sean efectivas en el tratamiento de la EII, pero dado el escaso número de ensayos existentes y la heterogeneidad metodológica de estos, necesitamos una búsqueda más profunda y mejor elaborada en dicho campo²³.

4.4.5. Riesgos

La mayoría de los pacientes creen que el uso de MAC está exento de riesgos por tratarse de terapias “naturales”¹⁹.

Sin embargo, hay artículos de revisión que hablan de los compuestos biológicos activos de los preparados herbales (considerándolos la terapia alternativa que más riesgos tiene) y sus efectos adversos directos. Existen estudios *in vitro* que demuestran las acciones bactericidas, antioxidantes, anticitoquinas, antiespasmódicas y neuromoduladoras, pero resulta difícil extrapolar su eficacia *in vivo*. Esto dependerá de diferentes factores como sus compuestos exactos (variarán dependiendo de la localización geográfica de la planta, su preparación...), sus interacciones con el organismo de cada individuo y su farmacocinética. También se han encontrado preparados herbales que contienen medicinas (corticoides, fenfluramina, glibenclamida...) y otros productos tóxicos (mercurio, arsénio, plomo, placenta humana, que conllevan el riesgo de transmisión de hepatitis C, VIH...-)²⁴.

En cuanto a las terapias manipulativas, en la acupuntura se han registrado lesiones por agujas, tales como neumotórax, transmisión de hepatitis B y C... Por el contrario, en la osteopatía las lesiones son muy infrecuentes²⁴.

En lo referente a los efectos, hay estudios que concluyen que la proporción de pacientes que experimentan los efectos secundarios de las terapias alternativas son similares a aquellos tratados con terapias convencionales o placebo. No obstante, hay que saber interpretar estos datos, puesto que aparte de los efectos secundarios intrínsecos a las terapias, existe la posibilidad de causar otros daños indirectos²⁵.

En este sentido, las interacciones con otros fármacos convencionales pueden ser peligrosas y provocar daños hepáticos o renales fatales. Por otro lado, hay que tener en cuenta que el uso de MAC puede influir en el curso de la enfermedad porque puede llevar a retrasar el comienzo del tratamiento, lo cual facilita la aparición de complicaciones innecesarias¹⁷. Otro efecto negativo, y el más común que refieren los usuarios de MAC, es la sensación de pérdida de dinero cuando no evidencian ningún efecto terapéutico¹⁹.

A pesar de todo ello, la frecuencia con la que se registran los efectos adversos de las terapias alternativas es muy inferior a la de los medicamentos convencionales, lo cual crea la falsa idea de seguridad en torno a las MAC, y al mismo tiempo, la idea de nocividad de la medicina convencional²⁴.

4.5. EL PAPEL DEL MÉDICO

Es importante que las MAC sean integradas en la lista de los “medicamentos” que toma el paciente y que, de la misma forma que con los tratamientos convencionales, los médicos consideren sus efectos positivos y negativos y estén en alerta por las posibles interacciones entre ambos tratamientos¹⁹.

Para ello es fundamental investigar sobre el pasado o el actual uso de MAC. De todos modos, la práctica difiere de la teoría una vez más. Y es que gran parte de los pacientes—(se estima que un tercio de ellos— no informan a su médico de los tratamientos alternativos que siguen. Esto se debe, en gran parte, a sus experiencias previas, en las que el médico se ha mostrado en desacuerdo y ha tratado de disuadirlos del uso de dichas terapias. Por eso, los médicos que no se oponen al uso de terapias alternativas son considerados mejor apoyo entre los pacientes²².

Entre los pocos pacientes que hablan con su médico del uso de MAC, una mínima proporción lo abandona a pesar de las explicaciones médicas²². Esta falta de persuasión es aún más evidente en pacientes que han experimentado beneficios con el tratamiento alternativo¹⁹.

Una gran proporción de los pacientes siente una falta de información acerca de las MAC⁷. Destacan el desconocimiento de los médicos acerca de este campo cuando han recurrido a ellos para que los ayuden a la hora de la toma de decisiones²².

En este escenario, es de vital importancia que los médicos estén suficientemente informados sobre los beneficios y las limitaciones del tratamiento con MAC, y que guíen a los pacientes desde la responsabilidad y seguridad en la gran “jungla” de las medicinas alternativas²⁶. Cómo aconsejar a los pacientes es un acto delicado, por lo que se debe procurar no realizar juicios de valor y hacerlo con el máximo tacto posible¹⁹.

Además, los profesionales deben buscar más allá, ya que el uso de MAC –o el hecho de plantearse– puede ser indicador de la insatisfacción del tratamiento actual, causado por su falta de eficacia o por aparición de efectos secundarios. En consecuencia, es conveniente identificar las razones que llevan a los pacientes al uso de MAC, ya que puede ayudar a encontrar distintas áreas de insatisfacción y a realizar modificaciones en su uso. De esta forma, el médico y el paciente, desde la comunicación y la escucha, podrán trabajar en la misma dirección obteniendo beneficios: el paciente se sentirá más participe de su tratamiento y más escuchado, lo que permitirá adaptar el tratamiento a sus necesidades¹⁹.

Asimismo, es importante definir junto con el paciente objetivos realistas y reevaluar los tratamientos cada cierto periodo de tiempo, rompiendo también el mito de ausencia de efectos secundarios¹⁹.

5. RESULTADO DEL TRABAJO DE CAMPO: ENTREVISTAS

Los miles de datos obtenidos en distintos ensayos/metaanálisis son una muy buena herramienta de trabajo, pero no he querido finalizar este trabajo sin antes acercarme a personas reales, con distintas vivencias y opiniones. Probablemente el motivo de esto ha sido algo personal: mi necesidad de poder entender lo que en un comienzo me pareció incomprendible y poder así empatizar con un punto de vista distinto.

En primer lugar, quise hablar con los expertos en el tema. Quedé, por separado, con un médico convencional (cirujano digestivo) y con un homeópata (con titulación universitaria de homeopatía por la universidad de León, experimentado en tratar las EII). Después, me acerqué a los pacientes para escuchar sus historias. Con el fin de poder comparar mejor sus relatos, opté por dos pacientes que tuvieran un perfil parecido: ambos pacientes padecen CU y han experimentado brotes graves y grandes limitaciones en su vida diaria.

En cuanto a los resultados, he considerado oportuno incluir su exposición en el apartado de discusión, donde, primero, se presentarán y contrastarán los distintos puntos de vista y, a continuación, se realizará una lectura crítica. Esto se justifica

porque, si bien se mira, no procede separar la información obtenida a partir de estas entrevistas semiestructuradas de su posterior análisis e interpretación.

6. DISCUSIÓN

6.1. SOBRE LA MEDICINA ALTERNATIVA

Son innumerables las terapias alternativas existentes en el mundo. El concepto de MAC engloba distintas prácticas dependiendo de la fuente en la que busquemos. Relacionadas con ellas, se pueden encontrar estudios en los que la dieta, el ejercicio físico e incluso el rezo están incluidos. Esto se debe, en gran medida, a la falta de una definición o un concepto universal de MAC, lo que hace que sea más difícil definir su campo de estudio. Así pues, lo que procede en primer lugar es redefinir las MAC.

Dado que las MAC están a la orden del día, la OMS, los gobiernos, la OMC, distintas asociaciones... se están posicionando a favor o en contra de su utilización en la práctica médica. Esto provoca que proliferen opiniones de todo tipo, lo cual resulta peligroso cuando caen en manos de gente que carece de la formación suficiente para adoptar una u otra postura con un criterio acertado.

En lo referente a la normativa, todavía hoy la que está dirigida a su regulación es muy escasa en España, tanto a nivel nacional como a nivel autonómico. El panorama con el que nos hemos encontrado es el que a continuación describimos. Por un lado, la comercialización de los productos homeopáticos y medicamentos a base de plantas está regulado a nivel estatal, no así las técnicas que se utilizan. Por otro lado, la normativa relacionada con los centros es competencia de cada comunidad autónoma. Además, existe una falta de regulación específica de la formación o titulación de las personas que aplican terapias alternativas.

Estos vacíos legales conllevan, por un lado, la práctica de terapias que pueden llegar a ser peligrosas para el paciente (como la antes mencionada hidrocolonterapia) y, por otro, que estos procedimientos puedan ser llevados a cabo por personas sin ningún tipo de formación. A esto se le suma que los pacientes muchas veces sienten una falsa sensación de seguridad al acudir a centros que, en su mayoría, no están

autorizados como U.101. Por ello, es de vital importancia generar políticas más restrictivas a nivel estatal para proteger a los enfermos, ya que los médicos no pueden por si mismos ejercer –y ganar– una lucha sin que la ley esté de su lado.

Mundialmente hablando, y a grandes pinceladas, en los países desarrollados la medicina alternativa cumple un papel accesorio (pero de uso creciente), mientras que en los países en vías de desarrollo las MAC pueden suponer el pilar fundamental del sistema de salud. Dependiendo del país, podemos encontrarnos con sistemas integrados (China), inclusivos (Canadá) o tolerantes (Francia) respecto a la medicina alternativa.

En este escenario tan variopinto, la OMS juega un papel fundamental para conseguir un consenso entre los países miembros y obtener así una regulación más sólida en todos ellos. No se podrá controlar el problema a menos que todos los países miembros conduzcan en la misma dirección.

Aunque parezca sorprendente, la OMS subraya la contribución positiva que pueden efectuar las MAC para alcanzar una cobertura sanitaria universal. Al respecto, no parece desacertado pensar que la estrategia de la OMS se basa únicamente en aceptar el uso de las MAC en países en vías de desarrollo en los que la medicina convencional tiene dificultades (generalmente económicas) para llegar. Y esto parece, más que una aceptación de este tipo de terapias, una forma de acallar a quienes no tienen recursos sanitarios. Pero esta no puede considerarse la alternativa adecuada, ya que la vía idónea sería la de trabajar más a fondo para que una medicina convencional y de calidad, basada en la evidencia científica, llegara a todos los rincones del mundo. En mi opinión, no todas las medicinas valen.

Volviendo a la situación de España, el rumbo que se está tomando en el mundo científico empiezan a ser el de mostrarse menos tolerante con las MAC. Efectivamente, cada vez son menos las universidades y hospitales que ofrecen docencias alternativas, y estos últimos años se han retirado múltiples másteres de distintas universidades del país. Parecen haberse percatado de que dar amparo universitario a técnicas que aún no constan de suficiente evidencia científica puede

ser un arma peligrosa para la credibilidad que pueda otorgarles el conjunto de la sociedad.

Por tanto, tanto desde el punto de vista legal como desde el punto de vista de la formación de profesionales en el campo de la medicina, aunque empieza a tomarse conciencia de las implicaciones que tiene el uso de las MAC en la salud pública, todavía falta mucho camino que recorrer en la regulación de estas y en la lucha contra el intrusismo profesional sanitario.

6.2. SOBRE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La EII se caracteriza por una inflamación crónica del tracto gastrointestinal que cursa con dolor abdominal, diarreas, tenesmo y otro tipo de sintomatología que puede afectar gravemente la calidad de vida del enfermo. Además, el estrés y la comorbilidad psicológica desempeñan un papel relevante, puesto que pueden precipitar la aparición de nuevos brotes o ser consecuencia de estos.

Por ello, conocer una enfermedad –y más en este caso– también supone estudiar el aura que la rodea. En la EII tratamos con pacientes con múltiples necesidades, no solo médicas. No podemos obviar que la sintomatología de esta enfermedad es complicada de llevar socialmente y que los pacientes, además de sufrir su dolencia, sienten un gran malestar por el sentimiento de vergüenza. Por ello, además de poner la diana terapéutica en su sistema digestivo, debemos cubrir las comorbilidades psicológicas que presentan, ya que al mismo tiempo pueden empeorar los síntomas de la enfermedad. No tendremos pacientes satisfechos a menos que no sepamos manejar la enfermedad en todos sus ámbitos.

Para entender el uso tan frecuente de MAC en la EII, es preciso escuchar a los pacientes e indagar en por qué buscan refugio en ellas. Tras analizar los motivos del uso de estas terapias, podemos concluir que su utilización está estrechamente unida a las debilidades que presenta la medicina convencional (fracaso del tratamiento, efectos secundarios, mala relación con el médico...). La insatisfacción o las necesidades no cubiertas son las que finalmente provocan que se recurra a otro tipo de terapias. Es fundamental darse cuenta de esto para entender que, en parte, los

profesionales de la salud somos los responsables del uso de MAC y que, por tanto, hay aspectos en los que podemos (y debemos) trabajar para modificar la situación. Al fin y al cabo, ser responsables supone tener en nuestras manos la capacidad de cambio.

En cuanto a la búsqueda bibliográfica llevada a cabo, esta me ha mostrado que hay muy pocos estudios publicados que aporten un alto grado de evidencia sobre la efectividad de las terapias alternativas. Además, la mayor parte de estos cuentan con una baja calidad. Concretamente, en lo que respecta a la EII, aunque haya estudios que sugieran que dichas terapias puedan ser efectivas, aún carecemos de evidencia e información suficiente. Hoy por hoy, nos encontramos con estudios de tamaños muestrales insuficientes, falta de controles necesarios, diseños erróneos y pobres informes de resultados.

A todo esto hay que sumarle que generar evidencia científica en el tratamiento de la EII tiene una dificultad añadida, dado que numerosos ensayos clínicos han mostrado tasas de respuesta al placebo que se sitúan en torno al 30-40%. Esto parece tener relación con el factor estrés como modificador de la enfermedad.

Creo que para recomendar tratamientos que impliquen riesgos (desconocidos por gran parte de la población) y costes, debemos exigir altos niveles de eficacia y seguridad, sea para terapias de primera, segunda, tercera línea o complementarias. En el caso de las terapias alternativas, los niveles de evidencia existentes son bastantes escasos como para justificar su utilización en distintas situaciones clínicas.

6.3. ENTREVISTAS

En lo referente a las entrevistas, las considero la parte más enriquecedora del trabajo. Al comenzar cada entrevista y durante el tiempo que estas duraban, quise adoptar una posición neutral y dejar que cada uno de ellos me convenciera de su postura. Sentí que en cada uno de los relatos había algo –o mucha– verdad y, al fin y al cabo, no son más que formas distintas de sentir y afrontar la enfermedad.

Las primeras entrevistas se las hice a los médicos. La forma de entender la enfermedad (su patogenia autoinmune) era muy parecida en ambos, no así la forma de tratarlas.

El médico convencional me explicó el algoritmo que he descrito anteriormente (en las figuras 8 y 9), basándose en el uso de 5-ASA, glucocorticoides, inmunosupresores, anticuerpos monoclonales y cirugía.

Por su parte, el homeópata me explicó la forma en la que él trabaja: por un lado, trata el elemento constitucional (terreno del paciente: constituciones carbónicas, fosfóricas...) y, por otro lado, la parte sintomática y lesional. Podemos resumirlo en “quién es” y “dónde está”. Cada aspecto lo trata con distintas medicaciones, de la misma forma que un mismo medicamento puede utilizarse en distintas patologías (los llamados “medicamentos sin utilidad terapéutica” son en realidad medicaciones con más de una indicación terapéutica). Refería la posibilidad de seguir un tratamiento de mantenimiento únicamente homeopático y de reservar la medicación convencional para los brotes; asimismo, no rechazó el uso concomitante de ambas medicinas.

Manifestó que, aparte de los medicamentos, era primordial la alimentación. Al respecto, destacó la necesidad de promover una dieta rica en fibras y vegetales y eliminar alimentos proinflamatorios o cancerígenos, como el exceso de la lactosa o la carne roja.

Creo que no le faltaba razón al señalar que la medicina convencional a veces pasa por alto un aspecto fundamental: la promoción de actividades y hábitos saludables. Ciertamente, aunque no haya alimentos directamente relacionados con la patogenia de la EII, es sabido que una dieta saludable puede ayudar a un mejor control de la enfermedad. En cambio, el médico convencional entrevistado en ningún momento me habló de la importancia de la dieta o de alguna medida no fármaco-quirúrgica en el tratamiento de la EII.

A mi entender, son estas pequeñas diferencias las que hacen que el paciente se decante por un tratamiento alternativo, en el que se solapa algo de verdad (estilo de vida saludable, componente emocional...) con algo de no tan verdad (los productos homeopáticos, que hasta el momento no han demostrado suficiente eficacia).

Cuando pregunté al médico convencional sobre las necesidades del paciente –aparte de las médicas–, se refirió a que hay terapias de grupo y psicólogos que las cubren. No consideró que los pacientes estén desprotegidos en ese aspecto. Me sorprendió que restase importancia a la comorbilidad emocional de la enfermedad ya que, como he comentado anteriormente, se trata de un aspecto a manejar de vital importancia.

Al contrario, el homeópata subrayó una y otra vez la importancia de escuchar al paciente y de que este se sienta escuchado. Opinaba que la medicina convencional se ha olvidado de tratar a las personas y solo trata las enfermedades. Según él, la homeopatía, además de conectar con el paciente de una forma más íntima, trata el elemento constitucional, se adapta a cada individuo, de modo que se obtienen muy buenos resultados, incluso en pacientes con los que la medicina convencional ha fracasado.

Cuando mencioné al médico convencional las terapias alternativas, me confesó que ningún paciente le había comunicado su decisión de utilizar alguna de ellas, ni se había informado sobre dichas terapias. Entendía que la eficacia de estas terapias radica en su efecto placebo.

Al preguntar al homeópata sobre el choque de la medicina convencional y la alternativa, mostró una gran preocupación en torno al conflicto y la sensación de persecución a los homeópatas. No entendía la necesidad de acabar con una forma, también eficaz, de tratar distintas patologías. Habló sobre la conveniencia de vivir en armonía, escuchándonos unos a otros, aprendiendo de todos y creando una medicina integrativa. Sostuvo que la medicina convencional tiene cosas que aprender de la homeopatía, y viceversa.

Al comparar cómo transcurrieron ambas entrevistas, sentí en mi propia piel la importancia de generar un vínculo entre el médico y el paciente.

El homeópata me dedicó más de tres horas en las que, además de hablar de su profesión, mostró interés en mí. Era una persona especialmente carismática y, a pesar de mi firme falta de creencia en la homeopatía, pude entender que haya personas que depositen toda su confianza en él.

En cambio, la entrevista con el médico convencional duró apenas 20 minutos, tiempo que dedicó fundamentalmente a explicarme el algoritmo de tratamiento en la EII. Por

experiencia personal, sé que se trata de un médico excelente y de gran calidad humana; y, sin embargo, desde un punto de vista objetivo, la entrevista que me brindó dejó bastante que desear. En este aspecto, y para no ser injusta con los profesionales de la salud, es de rigor hacer hincapié en la gran limitación temporal que tienen los médicos en la consulta, lo que ocasiona que muchas veces les sea imposible dedicar a cada paciente todo el tiempo que necesita.

Me apena decir que, si hubiese sido un paciente en un punto de encrucijada y sin conocimiento médico alguno, probablemente me hubiese decantado por el tratamiento homeopático.

A continuación, realicé otras dos entrevistas a pacientes con un perfil clínico parecido, para así poder compararlos mejor.

El paciente nº1 padece CU desde hace veintidós años y, en el momento actual, se encuentra estable con el tratamiento convencional a base de mesalazina oral y supositorios a demanda. No obstante, me habló de tres graves ingresos en los que recibió tratamiento intensivo a base de corticoides intravenosos, a los que desarrolló resistencia y por lo que se le instauró un tratamiento con inmunosupresores (azatioprina).

Refirió que, tras el diagnóstico de la CU –a los treinta y dos años–, su vida cambió radicalmente. Durante los brotes no podía dormir ni salir de casa. Tuvo que dejar de trabajar (le concedieron la invalidez absoluta) y la sensación de tener una enfermedad “sucia” le provocaba un profundo malestar.

Le pautaron antidepresivos para paliar los efectos psicológicos de la enfermedad y, al mismo tiempo, aliviar la sintomatología. Aun así, el paciente prefirió no tomarlos. El médico digestivo también le habló de terapias de grupo, en las que prefirió no entrar.

Actualmente, se encuentra mejor. Lleva una vida más o menos normal, pero no se halla totalmente a gusto con toda la medicación que toma, ya que además de la CU tiene más patologías.

En todo su recorrido, el paciente fue tratado por el mismo médico. Se siente muy satisfecho con la atención recibida y refiere que fue un apoyo imprescindible en todo

momento. La enfermedad crónica ha hecho que establezcan una relación cercana y de confianza, lo cual valora especialmente.

Menciona que una vez acudió a un naturópata, pero su recuerdo al respecto no es bueno. Dice que se sintió agobiado y que abandonó el tratamiento rápidamente al darse cuenta de que ni siquiera creía en la efectividad de la terapia. Según refirió, fue la desesperación lo que lo impulsó a ir al naturópata.

Piensa que las terapias que ayudan a controlar el estrés, como el yoga o la relajación, funcionan, pero no las terapias como la naturopatía, homeopatía o acupuntura:

...puede que a veces ayuden a controlar la enfermedad, pero esto se debe a su efecto placebo y no es ético aprovecharse de la desesperación de la gente vendiendo un producto sin eficacia...

El paciente nº2 fue diagnosticado de CU hace dieciséis años y actualmente no toma ningún tratamiento farmacológico de mantenimiento. A lo largo de su vida también experimentó dos graves ingresos y distintos tratamientos con corticoides e inmunosupresores.

Fue diagnosticado a los veinte años y, desde entonces, no pudo mantener una juventud acorde a la gente de su edad. Tenía limitaciones a la hora de salir de copas, viajar o incluso ir a la universidad. A día de hoy trabaja desde casa y dice que su calidad de vida no tiene nada que ver con la de entonces.

Su vida cambió después de una conversación con otro paciente afecto de CU, quien le recomendó el “Método Myers: la solución autoinmune”. El método dice estar clínicamente probado y se basa en cuatro preceptos:

- Eliminar los alimentos tóxicos (azúcar, cafeína, alcohol...) y los alimentos inflamatorios (lácteos, gluten, legumbres, cereales, semillas...) que interfieren con la función del sistema digestivo.
- Incorporar ingredientes y suplementos restauradores (proteínas de calidad, grasas saludables y probióticos) que restablezcan la función intestinal.
- Identificar toxinas medioambientales en productos de uso diario, como el champú, jabón, cosméticos, detergentes o artículos del hogar.

- Curar las infecciones relacionadas con procesos autoinmunes aliviando el estrés mental, emocional y físico que acentúa la respuesta inmune.

Dice que en un principio no creía en el método, pero necesitaba probar otras vías para poder abandonar el tratamiento farmacológico que le causaba fuertes efectos secundarios. Según refiere, tras comenzar con la terapia, a lo largo de dos años fue abandonando toda la medicación hasta dejarla del todo.

Mantiene que la medicina convencional es a menudo agresiva, iatrogénica e incapaz de adaptarse a las necesidades de cada paciente. Su previa experiencia con los médicos no había sido buena. No se sentía escuchado ni respaldado y, a causa de un episodio pasado que define como “mala praxis”, no volvió a confiar más en ellos.

Agradece la existencia de corrientes alternativas que permiten a los pacientes vivir la enfermedad de forma distinta. Actualmente, se encuentra asintomático y se siente con más vitalidad y mejor calidad de vida que nunca. Estima que adentrarse en el Método Myers ha sido la mejor decisión que ha tomado nunca. Aun así, acepta que hay situaciones médicas en las que se debe recurrir a la medicina convencional.

En ambos pacientes podemos identificar el gran impacto psicológico que supuso la enfermedad. Sus vidas cambiaron radicalmente, y en los dos casos sintieron la curiosidad de indagar en el mundo de las terapias alternativas en busca de una mejor calidad de vida.

Ante esta angustia, el primer paciente volcó toda su confianza en el médico convencional, el cual supo aportarle en todo momento lo que necesitó: le dedicó una atención completa, escuchándole y guiándole en todo momento. Por el contrario, el segundo paciente no vio cubiertas sus necesidades y, ante el deseo de tomar parte de una forma más activa en el tratamiento, optó por una terapia alternativa.

No soy quien para decir qué camino es el correcto, ya que, afortunadamente, en ambos casos los pacientes han conseguido una mejor calidad de vida y una remisión sintomática hasta el momento. Lo que sí que creo que habría que recalcar es la falta de amparo que sintió el paciente nº 2, lo cual es un mal indicador de la atención sanitaria que a veces se brinda a los pacientes. Ignorar las necesidades que no son estrictamente médicas del paciente, creyendo que no son nuestra labor, supone un

gran fracaso de la atención sanitaria, siempre que se entienda la salud como un concepto más global de bienestar.

A pesar de mi falta de creencia en las medicinas alternativas, no considero que sea justo atacarlas sin antes realizar una introspección de nuestros errores y hacernos cargo de ellos. A fin de cuentas, en el caso del paciente nº 2, la medicina alternativa –sea o no de eficacia suficientemente probada— pudo suplir una necesidad que la medicina convencional no pudo cubrir.

El caso del paciente nº 2 deja en evidencia que de nada nos sirve invertir tiempo y esfuerzo en ensayos clínicos si creamos pacientes insatisfechos con nuestra medicina. Como se observa en el proceso de este paciente, si bien inicialmente era escéptico sobre la eficacia de las terapias alternativas, ante la desesperación, optó por recurrir a ellas y le resultó satisfactorio.

Es necesario que nos demos cuenta de que los pacientes no buscan significancias estadísticas, sino una mejoría clínica, y no habrá estudio que pueda romper la creencia en las MAC si a ellos les funciona.

Con la realización de las entrevistas di por finalizada mi búsqueda. Y, tras haber expuesto de forma sucinta y clara su contenido y posterior reflexión, cierro este apartado de la investigación realizada durante estos meses y doy paso a las conclusiones.

7. CONCLUSIONES

- 1.- A día de hoy, el concepto de MAC tiene un significado muy amplio y variado dependiendo de la fuente en la que consultemos, lo cual dificulta el estudio del campo.
- 2.- La regulación de la MAC es aún muy escasa a nivel estatal y muy variopinta dependiendo del país en el que enfoquemos la mirada.
- 3.- La EII abarca un conjunto de enfermedades complejas, no solo por su repercusión clínica, sino también por su impacto psicológico. De ahí que el uso de la MAC en los

pacientes con EII es muy frecuente, en gran parte por la insatisfacción del tratamiento convencional.

4.- Hay muy pocos estudios publicados que aporten un alto grado de evidencia sobre la efectividad de las terapias alternativas en la EII, aunque haya estudios que sugieran que dichas terapias puedan ser efectivas. Su utilización está estrechamente unida a las debilidades que presenta la medicina convencional y no está exenta de riesgos.

5.- En este escenario, es de vital importancia que los médicos estén suficientemente informados de las MAC, y que guíen a los pacientes desde la responsabilidad y seguridad.

8. REFLEXIÓN PERSONAL

Tras todo lo expuesto, mi lectura de la situación que estamos viviendo actualmente es que, durante muchos años, los médicos han gozado de tanta credibilidad y supremacía que no tenían competencia ni necesidad de “ganarse” al paciente. No obstante, el escenario actual es muy diferente: los médicos no cuentan con la misma reputación que antes, las necesidades de la población han crecido y el mercado cuenta con ofertas dispuestas a cubrir estas nuevas necesidades.

Por todo ello, la medicina convencional debe adaptarse a esta nueva situación. Debemos aprender a observar y escuchar mejor al paciente, reflexionar sobre errores pasados, y darnos cuenta de que de nada sirve tener oro entre las manos, si no sabemos venderlo bien.

Para finalizar, no quiero cerrar este mi trabajo sin añadir que el proceso más difícil ha sido la introspección (como aprendiz de médico) a la que me ha empujado su realización, y si he aprendido algo realmente importante en su ejecución, ha sido que...

“No se puede hacer la mejor medicina sin haber ido a la facultad, pero tampoco se puede hacer la mejor medicina solo habiendo ido a la facultad” (Dr. Homeópata)

A todos nos queda mucho por aprender.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Grupo de trabajo de Terapias naturales. Análisis de situación de las terapias naturales. Madrid; 2011 p. 1-75.
- 2.- Bloom BS, Retbi A, Dahan S, et al. Evaluation of randomized controlled trials on complementary and alternative medicine. *International Journal of Health Care*. 2000; 16: 1321.
- 3.- Madsen M, Gotzsche P, Hrobjartsson A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. *BMJ*. 2009;338(jan27 2):3115.
- 4.- Linde K, Vickers A, Hondras M, ter Riet G, Thormählen J, Berman B et al. Systematic reviews of complementary therapies - an annotated bibliography. Part 1: Acupuncture. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2001;1(1).
- 5.- Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica – Guía de Ética Médica. Madrid; 2011 p. 11-130.
- 6.- Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional. Ginebra; 2013 p. 11-58.
- 7.- Joos S, Rosemann T, Szecsenyi J, et al. Use of complementary and alternative medicine in Germany – a survey of patients with inflammatory bowel disease. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2006;6(1).
- 8.- CGCOM | Consejo General de Colegios de Médicos [Internet]. Cgcom.es. [cited 28 October 2018]. Available from: <https://www.cgcom.es/>
- 9.- Colegio Oficial de Médicos de Valencia – Página Oficial del Colegio de Médicos de Valencia [Internet]. Comv.es. [cited 9 November 2018]. Available from: <https://www.comv.es/>
- 10.- Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas [Internet]. Apetp.com. [cited 5 November 2018]. Available from: <http://www.apetp.com/>
- 11.- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Aemps.gob.es [cited 28 October 2018]. Available from: <https://www.aemps.gob.es>
- 12.- Sociedad Española de Medicina Homeopática SEMH [Internet]. Semh.org. [cited 11 November 2018]. Available from: <http://semh.org/>
- 13.- Redacción Médica. A la vanguardia de la información sanitaria [Internet]. Redacción Médica. [cited 7 November 2018]. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/>
- 14.- ConSalud.es | Diario Online líder en el sector salud [Internet]. Consalud.es. [cited 11 November 2018]. Available from: <https://www.consalud.es/>
- 15.- Merino Rodríguez B, Díaz Fontenla F. Digestivo. 10th ed. Madrid: Grupo CTO; 2017.
- 16.- Confederación ACCU - Crohn y Colitis Ulcerosa [Internet]. Accuesp.com. [cited 25 November 2018]. Available from: <https://www.accuesp.com/>
- 17.- N. Manceñido Marcos. Medicina alternativa y complementaria en la enfermedad inflamatoria intestinal. Madrid: Elsevier España S.L.U.; 2015.
- 18.- Mawdsley J. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*. 2005;54(10):1481-1491.
- 19.- Hilsden R, Verhoef M, Rasmussen H, et al. Use of complementary and alternative medicine by patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2011;17(2):655-662.
- 20.- García-Planella E, Marín L, Domènech E, et al. Use of complementary and alternative medicine and drug abuse in patients with inflammatory bowel disease. *Med Clin (Barc)*. 2007;128 (2): 45-8
- 21.- Hilsden R, Meddings J, Verhoef M. Complementary and Alternative Medicine Use by Patients with Inflammatory Bowel Disease: An Internet Survey. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 1999;13(4):327-332.
- 22.- Verhoef M, Scott C, Hilsden R. A multimethod research study on the use of complementary therapies in patients with inflammatory bowel disease. Canadá: InnoVision Communications; 1998.
- 23.- Langhorst J, Wulfert H, et al. Systematic Review of Complementary and Alternative Medicine Treatments in Inflammatory Bowel Diseases. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2014;9(1):86-106.

- 24.- Langmead L, Rampton D. Review article: complementary and alternative therapies for inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2006;23(3):341-349
- 25.- Stub T, Musial F, Kristoffersen A, et al. Adverse effects of homeopathy, what do we know? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*. 2016;26: 146-163.
- 26.- Fernández A, Simian D, Quera R, et al. Complementary and alternative medicine in patients with inflammatory bowel disease: A survey performed in a tertiary center in Chile. *Complementary Therapies in Medicine*. 2018; 40:77-82.
- 27.- Fernández A, Barreiro-de Acosta M, Vallejo N, et al. Complementary and alternative medicine in inflammatory bowel disease patients: Frequency and risk factors. *Digestive and Liver Disease*. 2012;44(11):904-908.
- 28.- Feagan B, McDonald J, Koval J. Therapeutics and inflammatory bowel disease: A guide to the interpretation of randomized controlled trials. *Gastroenterology*. 1996;110(1):275-283.
- 29.- Janowitz H, Bodian C. The Placebo Response and the “Natural History” of Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Disease*. 2001;7(1):64-66.
- 30.- Hilsden R, Verhoef M. Complementary and Alternative Medicine: Evaluating Its Effectiveness in Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 1998;4(4):318-323.
- 31.- Quattropani C, Ausfeld B, Straumann A, et al. Complementary alternative medicine in patients with inflammatory bowel disease: use and attitudes. *Scand J Gastroenterol*. 2003;38:277-282
- 32.- Li F, Verhoef M, Best A, et al. Why patients with inflammatory bowel disease use or do not use complementary and alternative medicine: A Canadian national survey. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 2005;19(9):567-573.
- 33.- Sgambato D, Miranda A, Ranaldo R, et al. *The Role of Stress in Inflammatory Bowel Diseases*. Nápoles: Bentham Science Publishers; 2017.
- 34.- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23rd ed. Madrid: Espasa; 2014.
- 35.- Cochrane CAM campo. *Glosario de términos de medicina complementaria y alternativa* [Internet]. Compmed.umm.edu. [cited 26 November 2018]. Available from: <https://www.compmed.umm.edu/>

LEGISLACIÓN

- A) Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Publicado en BOE núm.178, de 27 de julio de 2006, páginas 28122 a 28165.
- B) Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Publicado en BOE núm. 267, de 7 de noviembre de 2007, páginas 45652 a 45698.
- C) Orden SSI/425/2018, de 27 de abril, por la que se regula la comunicación que deben realizar los titulares de medicamentos homeopáticos a los que se refiere la disposición transitoria sexta del Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Publicado en «BOE» núm. 103, de 28 de abril de 2018, páginas 46601 a 46604.
- D) Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Publicado en BOE núm. 254, de 23 de octubre de 2003, páginas 37893 a 37902.
- E) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Publicado en BOE núm. 280, de 22/11/2003.
- F) Real Decreto Legislativo 1175/1990, de 28 de septiembre, por el que se aprueban las tarifas y la instrucción del Impuesto sobre Actividades Económicas. Publicado en BOE núm. 234, de 29 de septiembre de 1990, páginas 28318 a 28343.

ANEXOS

1. GLOSARIO^{34, 35}

- Charlatanismo: de charlatán, persona que practica algún tipo de estafa con el fin de conseguir beneficio económico o alguna otra ventaja mediante el engaño o la superchería. Todo charlatán debe tener alguna habilidad especial; la más común es el don de la palabra, mediante la que logra embaucar a su audiencia, por lo general inculta en la temática que el charlatán postula. En la medicina, el charlatanismo se caracteriza por anunciar o prometer la curación de enfermedades, a término fijo o por medios secretos o infalibles.
- Medicina alternativa y complementaria (MAC): un amplio conjunto de prácticas con sus correspondientes teorías y creencias, que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional. Se considera como medicina complementaria la que se utiliza juntamente con la medicina convencional, mientras que la medicina alternativa es la que se emplea en lugar de la medicina convencional.
- Pseudoterapia: una propuesta de cura de enfermedades, alivio de síntomas o mejora de salud, basada en criterios sin el respaldo de la evidencia disponible. Una terapia que se ha mostrado eficaz en un área puede ser considerada pseudoterapia en otra.
- Medicina tradicional: Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas o mentales. Incluye diversidad de prácticas sanitarias, enfoques, conocimientos y creencias, incluyendo medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales.
- Curanderismo: De curandero, persona que sin ser médico ejerce prácticas curativas empíricas o rituales.

2. DIFERENTES TÉCNICAS REALIZADAS EN EL ÁMBITO DE LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS¹

1. Abrazoterapia 2. Acupresión 3. Acupuntura 4. Análisis somatoemocional 5. Análisis transaccional 6. Ángeles de Atlantis 7. Armónicos 8. Arolo Tifar 9. Aromaterapia 10. Arteterapia 11. Ataraxia 12. Aura soma 13. Auriculoterapia 14. Ayurveda 15. Biocibernética 16. Biodanza 17. Breema 18. Caballoterapia o hipoterapia 19. Chi-Kung o Qi-Gong 20. Cirugía energética 21. Coaching transformacional 22. Constelaciones familiares 23. Constelaciones sistémicas 24. Cristales de cuarzo 25. Cromopuntura 26. Cromoterapia 27. Crudivorismo 28. Cuencos de cuarzo 29. Cuencos tibetanos 30. Diafreoterapia 31. Diapasones 32. Digitopuntura 33. Drenaje Linfático Manual 34. Enfermería naturista 35. Esencias marinas 36. Espinología 37. Fascioterapia 38. Feng Shui 39. Fitoterapia 40. Flores del alba 41. Frutoterapia 42. Gemoterapia 43. Geobiología 44. Geocromoterapia 45. Geoterapia 46. Gestalt 47. Grafoterapia 48. Hidroterapia 49. Hidroterapia del colon 50. Hipnosis ericksoniana 51. Hipnosis natural 52. Homeopatía RDS 53. Homeosynthesis 54. Iridología 55. Kinesiología 56. Kundalini yoga 57. Lama-Fera 58. Linfodrenaje 59. Luminoterapia 60. Macrobiótica 61. Magnetoterapia 62. Masaje ayurvédico 63. Masaje babandi 64. Masaje californiano 65. Masaje en la energía de los chacras 66. Masaje Estructural Profundo 67. Masaje metamórfico 68. Masaje tailandés 69. Masaje tibetano 70. Medicina antroposófica 71. Medicina de los mapuches 72. Medicina naturista 73. Medicina ortomolecular 74. Medicina tradicional china 75. Meditación 76. Metaloterapia 77. Método de orientación corporal Kidoc 78. Método Grinberg 79. Moxibustión 80. Musicoterapia 81. Naturopatía 82. Numerología 83. Oligoterapia 84. Orinoterapia 85. Osteopatía 86. Oxigenación biocatalítica 87. Panchakarma 88. Piedras calientes 89. Pilates 90. Pirámide Vastu 91. Plasma marino 92. Posturología 93. Pranoterapia 94. Programación neurolingüística 95. Psicohomeopatía 96. Psicoterapia integrativa 97. Psychic Healing 98. Quinton 99. Quiromasaje 100. Quiropraxia 101. Radiestesia 102. Rebirthing 103. Reflexología / Reflexoterapia 104. Reiki 105. Respiración consciente integrativa 106. Risoterapia 107. Sanación espiritual activa 108. Seitai 109. Shiatsu/Shiatsu Namikoshi 110. Sincronización core 111. Sofronización 112. Sonoterapia 113. Sotai 114. Tai-Chi 115. Tantra 116. Técnica Alexander 117.

Técnica fosfénica 118. Técnica metamórfica 119. Técnica Nimmo de masaje 120. Técnicas de Liberación Emocional 121. Técnicas de relajación 122. Terapia bioenergética 123. Terapia biomagnética 124. Terapia craneosacral 125. Terapia de polaridad 126. Terapia de renovación de memoria celular 127. Terapia floral de Bach 128. Terapia floral de Bush 129. Terapia floral de California 130. Terapia floral orquídeas 131. Terapia herbal 132. Terapia humoral 133. Terapia nutricional 134. Terapia regresiva 135. Vacuoterapia 136. Visualización 137. Yoga 138. Yoga de polaridad 139. Zero Balancing

3. GUION DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

3.1. Entrevista al médico convencional

- 1- ¿Tienes algún paciente con enfermedad inflamatoria intestinal?
- 2- Entender la enfermedad. Relación con factores como el estrés.
- 3- ¿Cómo los tratas?
- 4- ¿Cómo abordas a este tipo de pacientes crónicos? ¿Qué tipo de necesidades crees que tienen los pacientes? (no sólo en el aspecto médico)
 - ¿Crees que se cumplen todas las necesidades?
- 5- ¿Son pacientes satisfechos con el tratamiento? Efectos deseados y efectos secundarios
- 6- ¿Cómo abordas las patologías en pacientes en los que no termina de funcionar la terapia convencional? Buscas novedades, derivas a otro especialista...
 - ¿te has planteado alguna vez terapia alternativa o al menos con psicoterapia?
- 7- Opinión sobre terapias alternativas:
 - a. ¿Las conoces? ¿Cuáles?
 - b. ¿Conoces profesionales que las usen? ¿Pacientes?
 - c. ¿Has dado tu opinión si un paciente te ha planteado o preguntado opinión sobre estas terapias?
 - d. ¿Qué crees que empuja a pacientes a usar dichas terapias?
 - e. Opinión personal

3.2. Entrevista al homeópata

- 1- ¿Tienes pacientes con esta patología?
- 2- Entender la patología. Relación con otros factores como el estrés.
- 3- ¿Cómo los diagnosticas?
- 4- ¿Con qué terapia los tratas?

- a. ¿Te aseguras de alguna forma el grado de eficacia/seguridad de las terapias?
 - b. Tratamientos sin indicación terapéutica ni posología.
 - c. ¿Utilizas/aceptas/apoyas la utilización de la terapia convencional simultánea?
- 5- ¿Son pacientes a los que les han fracasado las terapias convencionales?
- 6- ¿Son pacientes seguros de la efectividad de la terapia alternativa?
- 7- ¿Qué tipo de necesidades crees que tienen los pacientes? ¿Cuánta atención demandan? No solo en el aspecto médico ¿Se la ofreces?
- 8- Grado de satisfacción de los pacientes.
- a. Si es bueno, crees que se debe a su curso natural, atención personalizada, la terapia en sí...
 - b. Si falla, pasas a terapia convencional, otra alternativa, derivas a otro especialista...
- 9- Opinión sobre terapias convencionales y otras alternativas.
- a. ¿Por qué crees que es mayoritario el uso de las terapias convencionales?
 - b. ¿Por qué te declinas hacia las terapias alternativas frente a las convencionales?

3.3. Entrevista al paciente en tratamiento convencional

- 1- ¿Qué enfermedad padeces?
- a. Resume tu historia: años de evolución, ingresos, fracasos de tratamientos previos, bajas, limitaciones en la vida diaria que has podido tener, impacto psicológico.
 - b. Situación actual
- 2- ¿Qué tratamiento sigues?
- a. ¿Te has planteado alguna vez realizar terapias alternativas? ¿Cuál?
 - b. ¿Qué te llamó la atención?
 - c. ¿Por qué lo has rechazado?
 - d. ¿Terapia combinada?
- 3- ¿Cómo es la relación con tu médico?
- a. Grado de satisfacción
 - b. ¿Ves cubiertas todas tus necesidades? No solo en el aspecto médico
 - c. Si te fuese mal el tratamiento, ¿te plantearías cambiar de tipo de terapia?
- 4- Terapias alternativas
- a. ¿Qué sabes de ellas? ¿Cuáles conoces?
 - b. ¿Conoces a gente que las use? ¿Cómo les ha ido?
 - c. ¿Te plantearías utilizarla para otras enfermedades?
 - d. Opinión personal

3.4. Entrevista al paciente en tratamiento alternativo

- 1- ¿Qué enfermedad padeces?
 - a. Resume tu historia: años de evolución, ingresos, fracasos de tratamientos previos, bajas, limitaciones en la vida diaria que has podido tener, impacto psicológico.
 - b. Situación actual
- 2- Entender la enfermedad
- 3- ¿Qué tratamiento sigues?
 - a. ¿Cómo lo conociste?
 - b. ¿Cuándo y por qué decidiste utilizarla?
 - c. ¿Tratamiento combinado? ¿Por qué?
 - d. ¿Pruebas/seguimiento mediante técnicas convencionales?
 - e. ¿Sigues acudiendo a algún médico convencional?
 - f. ¿Se lo contaste?
 - g. ¿Cuál fue su reacción al respecto?
- 4- ¿Qué grado de satisfacción tenías con tu médico/terapia convencional previo?
¿Ves tus necesidades cubiertas? (no solo en el aspecto médico).
- 5- ¿Para otras dolencias, utilizas también terapias alternativas?
- 6- ¿En qué situación te plantearías volver a utilizar terapia convencional?
- 7- ¿Por qué crees que es mayoritaria la terapia convencional?