

Convertirse en médico alternativo y complementario: desde la frustración hasta el ejercicio pleno de su profesión

Becoming an Alternative and Complementary Physician: from Frustration to Full Practice of Your Profession

Como se tornar médico de medicina alternativa e complementar: da frustração à prática plena de sua profissão

Beatriz Elena Orrego-Orozco, MD¹

Carlos Enrique Yepes-Delgado, MD, MSc, PhD^{2*}

Valentina Mesa-Pietralunga, MD¹

Ana María Sánchez-Vélez, MD¹

Natalia Alejandra Arenas-Franco, MD¹

Recibido: 25 de octubre de 2022 • **Aprobado:** 30 de octubre de 2024

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.12550>

Para citar este artículo: Orrego-Orozco BE, Yepes-Delgado CE, Mesa-Pietralunga V, Sánchez-Vélez AM, Arenas-Franco NA. Convertirse en médico alternativo y complementario: desde la frustración hasta el ejercicio pleno de su profesión. Rev Cienc Salud. 2025;23(1):1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.12550>

Resumen

Objetivo: comprender, desde su propia experiencia, el proceso de transición de algunos médicos desde la medicina convencional hacia la medicina alternativa y complementaria para el ejercicio de su profesión. **Materiales y métodos:** estudio hermenéutico que utilizó técnicas de la teoría fundamentada para recolección y análisis de la información. Se entrevistaron 21 médicos alternativos, 12 con entrevistas a profundidad y 9 más en dos grupos focales. Se grabaron y transcribieron para proceder con el análisis

1 Fundación Universitaria Juan N. Corpas (Bogotá, Colombia).

2 Facultad de Medicina Universidad de Antioquia-Hospital Pablo Tobón Uribe (Medellín, Colombia).

Beatriz Elena Orrego-Orozco, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9606-4919>

Carlos Enrique Yepes-Delgado, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5656-4989>

Valentina Mesa-Pietralunga, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0801-8665>

Ana María Sánchez-Vélez, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9661-1380>

Natalia Alejandra Arenas-Franco, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4270-5343>

* Autor de correspondencia: carlos.yepes@udea.edu.co

de codificación abierta, axial y selectiva propia de la teoría fundamentada. *Resultados:* las principales categorías emergidas dan cuenta de que desde la decepción hasta una absoluta frustración lleva a algunos a buscar una forma alternativa de ser médico; a transitar de la medicina convencional hacia la medicina alternativa y complementaria: entre un continuar y empezar un nuevo paradigma; a un abordaje integral en la medicina alternativa y complementaria como una necesidad, no como un cliché, y a ser capaz de reconocerse diferentes en un entorno retador, pero con gran satisfacción. *Conclusiones:* el médico occidental puede experimentar, durante su formación o su práctica profesional, frustración y decepción de la medicina convencional, lo que lo lleva a interesarse por un cambio de paradigma médico que incluya el abordaje integral del ser que le ofrece la medicina alternativa y complementaria, para alcanzar satisfacción personal y profesional.

Palabras clave: educación de posgrado en medicina; medicina tradicional china; medicina tradicional; terapias complementarias; medicina integral.

Abstract

Aim: To understand from their own experience the transition process of some physicians from conventional medicine to alternative and complementary medicine for the practice of their profession. *Materials and methods:* Hermeneutic study that used Grounded Theory techniques to collect and analyze the information. Twenty-one alternative physicians were interviewed, 12 with in-depth interviews, and 9 more in two focus groups. They were recorded and transcribed in order to proceed with the open, axial and selective coding analysis typical of Grounded Theory. *Results:* The main categories that emerged account for: from disappointment to outright frustration is what leads some to seek an alternative way of being a physician; transitioning from conventional medicine to alternative and complementary medicine: between a continuing and starting a new paradigm; the integral approach in alternative and complementary medicine is a necessity, not a cliché, and being able to recognize oneself as different in a challenging environment, but with great satisfaction. *Conclusions:* Western physicians may experience during their training or professional practice, frustration and disappointment with conventional medicine which leads them to be interested in a change of medical paradigm that includes the integral approach to the being offered by alternative and complementary medicine, achieving personal and professional satisfaction.

Keywords: Graduate medical education; chinese traditional medicine; traditional medicine; complementary therapies; medicine integrative.

Resumo

Objetivo: compreender, a partir de sua própria experiência, o processo de transição de alguns médicos da medicina convencional para a medicina alternativa e complementar para o exercício de sua profissão. *Materiais e métodos:* um estudo hermenêutico que usou técnicas de teoria fundamentada para coletar e analisar as informações. Foram entrevistados 21 médicos de medicina alternativa, 12 com entrevistas em profundidade e outros 9 em dois grupos focais. Elas foram gravadas e transcritas para que se procedesse à análise de codificação aberta, axial e seletiva típica da teoria fundamentada. *Resultados:* as principais categorias identificadas revelam que a transição para a medicina alternativa e complementar ocorre, frequentemente, em resposta à decepção e frustração vivenciadas na prática da medicina convencional. Esse processo envolve o dilema entre continuar na abordagem tradicional ou adotar um novo paradigma. Além disso, a abordagem holística na medicina alternativa e complementar é percebida não como um clichê, mas como uma necessidade. Por fim, os médicos relataram a importância de se reconhecerem como profissionais diferenciados em um ambiente desafiador, porém recompensador. *Conclusão:* os médicos ocidentais podem experimentar, durante sua formação ou prática profissional, frustração e decepção com a medicina convencional, o que os leva a se interessar por uma mudança de paradigma médico que inclua a abordagem holística do ser oferecida pela medicina alternativa e complementar, obtendo satisfação pessoal e profissional.

Palavras-chave: educação de pós-graduação em medicina; medicina tradicional chinesa; medicina tradicional; terapias complementares; medicina integrativa.

Introducción

La medicina complementaria y alternativa (MAC) representa un amplio manejo de recursos terapéuticos que surgen de prácticas, teorías y creencias diferentes del modelo de salud dominante en una sociedad (1). Este grupo de sistemas, prácticas y productos sanitarios y médicos diversos no forma parte de la medicina convencional (MC) alopática, aunque algunos profesionales sanitarios convencionales pueden practicarla también.

Tanto la MC como la MAC han sido útiles para enfrentar la enfermedad y, por ende, el sufrimiento de las personas, pues han contribuido al mantenimiento de la salud, a pesar de las ventajas y limitaciones propias de cada una de ellas. Este hecho es reconocido por los usuarios que, en búsqueda de un bienestar acuden a ellas, en los diferentes países donde cada una de estas formas de ejercer la medicina se hacen dominantes.

La literatura sobre el tema ha evidenciado los factores que explican la aparición de la MAC en escenarios donde la MC era la orientación principal, como son la insuficiente respuesta al tratamiento convencional, la ausencia de tratamientos disponibles, los exiguos efectos adversos en la MAC, la solicitud de los pacientes, el hecho de que no requiere una infraestructura compleja ni una gran inversión económica, la preocupación por las reacciones adversas a los medicamentos y la iatrogenia médica —tercera causa de muerte en todo el mundo—, la creencia de los profesionales de la salud en su eficacia y la existencia de evidencia documentada (2-4). Además, los usuarios de la MC están agotados de la actitud paternalista del médico, de sentirse excluidos de su propio proceso de sanación o de la naturaleza fragmentada e impersonal de este tipo de medicina, que se evidencia en el incremento de la venta de medicamentos llamados “naturales”, el rechazo a tratamientos médicos —como en el caso del cáncer, pues no garantiza la curación y durante la exposición a este la calidad de vida se ve muy afectada, a retomar al parto en casa—, entre otras manifestaciones que demuestran el rechazo a un sistema de salud deshumanizado (5).

La MAC, por su carácter holístico de su abordaje físico, mental y espiritual, mejora la relación médico-paciente, y la falta de eventos adversos ayuda a empoderar al enfermo en su proceso de recuperación de la salud, al lograr mayor autonomía personal y control sobre sus decisiones de atención de la salud, entre otras consideraciones (5).

Hay hallazgos que muestran las características y el futuro de la MAC, la integración de la medicina alternativa en los sistemas de salud convencionales, las expectativas y pretensiones de los pacientes al acudir a este tipo de atención, la perspectiva de los administradores de salud en la prestación de este servicio, encuestas acerca del conocimiento que tienen los médicos

en la práctica convencional de la MAC; pero es infrecuente encontrar investigaciones acerca del proceso de cambio del médico alopático a la medicina tradicional, “pocos estudios han analizado profundamente temas relevantes sobre la colaboración entre la acupuntura y la medicina occidental desde las perspectivas de los profesionales de la salud”, “la perspectiva y las razones de los médicos académicos siguen siendo poco estudiadas” (2,6). En este sentido, el objetivo del presente trabajo fue comprender el proceso de transición de algunos médicos desde la MC hacia la MAC para el ejercicio de su profesión.

Materiales y métodos

Estudio hermenéutico que utilizó técnicas de codificación y categorización de la teoría fundamentada (TF), cuya base teórica es el interaccionismo simbólico, al comprender el comportamiento de los seres humanos a partir de los significados de sus experiencias (7). La TF busca inducciones teóricas nacidas del análisis de datos recolectados de vivencias personales en contextos específicos.

La población objeto de estudio fueron médicos mayores de 30 años, formados inicialmente en MC, egresados de alguna institución de educación superior en salud acreditada ante el Ministerio de Educación en Colombia y que ejercieran la MAC con más de tres años de experiencia o que tuvieran estudios de posgrado en alguna de las MAC. Además, aceptaron participar voluntariamente.

A partir de lo anterior, en el estudio se incluyeron 21 médicos, de los cuales a 12 se les hicieron entrevistas semiestructuradas individuales y a los 9 restantes se reunieron en dos grupos focales (tabla 1). Inicialmente, la selección se hizo a conveniencia, y luego de las entrevistas individuales y la emergencia de las primeras categorías, se realizó muestreo teórico, tras modificar el guion de entrevista para los dos grupos focales, que maximizaron variaciones y profundidad en las abstracciones obtenidas (8). Ninguno se negó a participar.

Tabla 1. Características de los médicos alternativos entrevistados

Número de entrevista individual o grupal	Sexo	Edad en años	Año de graduación como Médico	Año de inicio de ejercicio de MAC	Terapéutica de MAC ejercida
EI 1	M	60	1987	1988	1
EI 2	F	77	1969	1996	1
EI 3	F	49	1996	2011	1
EI 4	M	66	1987	1988	1, 2
EI 5	M	60	1990	1991	1, 2, 3
EI 6	M	65	1983	1983	2, 3, 4

Continúa

Número de entrevista individual o grupal	Sexo	Edad en años	Año de graduación como Médico	Año de inicio de ejercicio de MAC	Terapéutica de MAC ejercida
EI 7	F	65	1979	1981	1, 2, 3, 12
EI 8	M	52	1993	1993	2, 3, 4, 5, 6
EI 9	F	51	1993	1993	1, 3, 4, 6, 7, 11
EI 10	M	36	2010	2019	1, 2, 3, 12
EI 11	M	61	1985	1985	1, 2, 3, 4, 5, 9
EI 12	F	55	1997	2002	1, 2, 4, 6
EG 13	M	65	1985	1985	1, 2, 3, 5
EG 14	M	59	1989	1989	2, 3, 4, 5
EG 15	M	56	1990	2008	2, 3, 5
EG 16	M	69	1982	1984	1, 2, 3, 10
EG 17	M	60	1991	2011	1, 2, 3
EG 18	M	55	1992	1995	1, 2, 3, 4, 7, 8, 12
EG 19	M	52	1995	1997	1, 2, 3, 4, 5, 11
EG 20	F	52	1992	1995	1, 2, 3, 4, 7, 8, 12
EG 21	M	38	2008	2012	1, 2, 3, 4, 5, 11

EI: entrevista individual; EG: entrevista grupal; M: masculino; F: femenino. MAC: medicina alternativa y complementaria.

Terapéutica ejercida: 1: medicina tradicional china, 2: terapia neural, 3: homeopatía, 4: farmacología vegetal, 5: sintérgica, 6: medicina funcional, 7: ozonoterapia, 8: tratamiento metabólico, 9: esencias minerales, 10: quiropraxia, 11: homotoxicología, 12: psicoterapia.

Una vez concertadas las entrevistas, se les explicaron los objetivos del estudio, se les garantizó la protección de su identidad y se les pidió firmar un consentimiento informado, además de autorizar la grabación de ellas para facilitar la posterior transcripción y análisis. El guion de entrevista indagó por: la formación en MC, los primeros contactos con MAC, obstáculos y facilitadores de la transición, ventajas y desventajas, características de la práctica actual, satisfacciones, entre otros. Los audios se transcribieron y se verificó su fidelidad.

El análisis de los datos transcritos pasó por dos momentos: uno descriptivo y otro analítico, que logró un nivel interpretativo. En el momento descriptivo se realizó una codificación abierta, que se refiere a las primeras abstracciones idea por idea de los textos. Además, se estandarizaron los códigos entre investigadores y se agruparon en categorías iniciales, y en ellas se identificaron propiedades y dimensiones propias de la TF. En el segundo momento se profundizó, mediante la codificación axial con la matriz paradigmática de la TF, que identifica su fenómeno, contexto, causas, relaciones de acción e interacción y consecuencias. Se aplicó el método comparativo constante entre códigos, categorías, referencias teóricas, la teoría emergida y la interpretación de los investigadores, proceso este sistemático, iterativo e interactivo (9).

Tras el análisis, se buscó saturar las categorías emergentes, al variar la forma de preguntar. Ello se dio cuando la nueva recolección de datos no aportó información relevante para comprender el proceso social básico encontrado (8). La reflexividad llevó a identificar los

constructos que fueron el punto de partida de los investigadores y se reconocieron las limitaciones del análisis (10). Los resultados del presente trabajo fueron devueltos a los informantes para su conocimiento.

Resultados

Desde decepción hasta absoluta frustración llevó a algunos a buscar una forma alternativa de ser médico. El aprendizaje y ejercicio de la medicina suelen ser escenarios que permiten experimentar, en algún momento, cierto grado de decepción que, en ocasiones, se traduce en franca frustración, según sea el grado de introspección con el que se asume el ser médico. Algunos médicos, desde que ingresan al pregrado, no se identifican con la formación recibida, por su abordaje extremadamente fragmentado, que lleva a asumir al ser humano de una forma claramente reduccionista. Esto hace que al mantener una postura crítica y hasta incrédula durante su formación, pongan en duda temas impartidos en la academia e inicien tempranamente la búsqueda de formas alternativas de comprensión del ser humano y de su proceso de enfermar y sanar. Otros experimentan la decepción durante el internado, el rural o recién inician su práctica laboral, pues se dan cuenta de que sus alternativas terapéuticas se quedan cortas para poder ayudar como desean a sus pacientes:

Yo creo que un médico honesto debe sentirse absolutamente frustrado con la manera como se está llevando la medicina en el mundo. (Hombre, 56 años, 14 años de experiencia en MAC)

Yo fui el que decidí poner en duda lo que me enseñaron en la universidad, es difícil porque que uno vaya a clase y que le digan que esto que está estudiando y diciendo el profesor es incurable. No es así. Yo decía, pero si este libro dice otra cosa, que eso sí se cura. (Hombre, 65 años, 37 años de experiencia en MAC)

Otros médicos, luego de varios años de su ejercicio profesional, incluso posterior a su especialidad, no encontraron satisfacción en su limitada práctica y vieron indispensable ampliar su mentalidad terapéutica. El médico convencional aprende a tratar enfermedades estandarizadas en protocolos y guías de manejo que, con frecuencia, no reflejan todas las condiciones de la persona enferma, pues se privilegia la enfermedad como ente particular. Así es como se invita a seguir una lista de pasos de forma automática para llegar a un diagnóstico y, posteriormente, instaurar un tratamiento, limitando el abordaje integral del paciente. Dicha restricción del ejercicio médico también en el tiempo de atención genera desencanto, al constreñir una aproximación holística. Sienten que, con frecuencia, la prescripción de fármacos los lleva a asumir más riesgos que beneficios, por la cantidad de efectos adversos, que generan mayores afectaciones a los pacientes. Lo anterior, sin mencionar la presión de la industria farmacéutica, por

influir sobre la formulación médica como instrumento para ampliar su mercado y consecuentes ganancias a expensas del trabajo del clínico:

Siempre sentí que era necesario curar al paciente de otra manera y que la medicina occidental no me daba la respuesta. (Mujer, 49 años, 11 años de experiencia en MAC)

Yo veo mucha frustración en el gremio médico convencional, los veo muy tristes, con muchos sin sabores, como ahogados por el sistema... Una compañera que estudió endocrinología en Harvard me decía: me siento frustrada, estoy viendo pacientes en 10 minutos con una enfermera, ella es la que los toca, yo solamente defino qué le hacen, eso no es calidad de medicina, eso es una vulgaridad. (Hombre, 52 años, 29 años de experiencia en MAC)

Tras el desengaño experimentado con la MC, independiente si fue durante la formación o en el desempeño de la profesión, surge una gran motivación por conseguir más información acerca de la MAC, principalmente en el caso de algunos que evidenciaron, aun sin entender, asombrosos resultados clínicos en pacientes con este tipo de terapéuticas. Esto llevó a una progresiva necesidad de nuevos conocimientos con el fin de lograr un abordaje del paciente cada vez más completo; por ende, de llevar a cabo una práctica basada en el respeto, el amor y la espiritualidad, lo que a su vez fue reforzado por la admiración hacia experimentados médicos en MAC, que transmitían con pasión su ejercicio médico. Una vez obtienen más información y continúan sorprendiéndose con los resultados, toman la decisión de no dar marcha atrás, lo que llevó a algunos incluso a buscar formalizar su educación en la MAC, inicialmente en escuelas extranjeras y desde hace algunos años en el país:

Creo que por eso he explorado más cosas, cuando era médico general estaba aburrido y por eso estudié medicina deportiva y después en medicina deportiva sentí que me faltaba algo más que ofrecer, que me diferenciara, que realmente impactara al paciente y bueno, yo creo que en este caminar vamos. (Hombre, 36 años, 3 años de experiencia en MAC)

Los pacientes disfrutaban las consultas, se podía hacer una consulta más amable, más integrativa, más amorosa, con menos efectos secundarios, entonces yo me enamoré de los resultados y de la alegría de los pacientes al recibir los tratamientos y al integrarlo, eso fue lo que más me movió, digamos que fue el asidero para dedicarme a esto. (Hombre, 52 años, 29 años de experiencia en MAC)

Transitar de la MC hacia la MAC, entre un continuar y un empezar de nuevo. Al reflexionar sobre lo que implicó pasar de ser un médico convencional para convertirse en médico alternativo, para algunos simplemente se trató de un proceso continuo, pues afirman categóricamente que medicina solo hay una y es tan indivisible como el ser humano. En ese sentido, consideran que la MAC es una opción que complementa lo farmacológico y lo quirúrgico de la MC, pero ambas parten de un mismo principio, pues requieren las mismas bases bioquímicas, fisiológicas y patológicas. En esta perspectiva, el ejercicio médico de la MAC amplía las posibilidades terapéuticas, con

otros enfoques y miradas, sin rechazo ni competencia alguna con la MC. Asumen que tienen a la mano una amplia gama de herramientas y técnicas de tratamiento que integran para ofrecerle al paciente, buscando la mayor pertinencia en el uso de estas y partiendo de la importancia que se les da a todas las áreas del paciente:

La medicina es una sola, la fisiología es una sola, la semiología es una sola, así nosotros estemos mirando desde medicina tradicional china... Los órganos funcionan igual, responden igual a la agresión, hacen el efecto patológico igual. (Mujer, 65 años, 40 años de experiencia en MAC)

... ni pensar que todo lo que uno estudio y aprendió en el pregrado o ya en la práctica profesional deba ser desechado para cambiarlo por otra medicina, porque si tenemos algo claro es que medicina solo hay una y que lo que hay es diferentes enfoques y miradas y posibilidades para el paciente. (Hombre, 55 años, 27 años de experiencia en MAC)

Otros médicos consideran que la transición entre la MC y la MAC implicó un profundo cambio de paradigma, en la medida que en la MC el médico asume el rol del que cura al enfermo con los medicamentos formulados y el resultado sea el alivio o no es su responsabilidad. Según los entrevistados, la MC privilegia la enfermedad como ente sobre la persona que sufre la enfermedad; de ahí que priorice el establecimiento de un diagnóstico que encaje en el cuerpo de conocimiento preestablecido, al punto que, de no poderlo definir, se asume con frecuencia que “el paciente no tiene nada”. Tras la obsesión por hallar un diagnóstico, se agotan todas las ayudas diagnósticas posibles y por el fragmentado abordaje se remite a diferentes especialidades, con el sobre costo que implica el sobrediagnóstico, pues sin este no hay tratamiento para ofrecer:

El que cura no es el medicamento, el que cura es el organismo, lo que uno tiene que tratar es que el organismo haga el proceso de reparación, con los sistemas autorreparativos muy poderosos que con las enfermedades no están funcionando porque hay algo que lo está impidiendo y todas estas técnicas lo que hacen es quitar el obstáculo que impide que el organismo se alivie. (Hombre, 65 años, 37 años de experiencia en MAC)

Uno no trata enfermedades, uno no trata migrañas, trata una persona que tiene migraña, porque son muy diferentes las manifestaciones, las causas, los desencadenantes y la manera como el paciente vive su enfermedad... Es una obsesión en la MC que usted tiene que tener el diagnóstico, lo que sea y muchas veces uno no sabe que tenía ese paciente y se curó, se le quitó el dolor o al menos se le mejoró su síntoma. (Hombre, 56 años, 14 años de experiencia en MAC)

Muy ligado a lo anterior, está la concepción científica de la medicina estrechamente relacionada con la MC, en la cual “observar, experimentar y verificar” sigue siendo el método por excelencia para demostrar que algún tratamiento es eficaz para resolver un problema o influir en una enfermedad. De ahí que el resultado lo mida exclusivamente la evidencia científica que lo demuestra, así el médico con frecuencia no posea un criterio para evaluar

dicha evidencia de forma crítica. Además, si no hay indicios de la eficacia del tratamiento, se asume que el problema es incurable y se olvida de que la falta de hallazgos no implica su ausencia. El resultado que se mide en los ensayos clínicos se limita a expresiones objetivas, generalmente numéricas, que se derivan de la concepción de la enfermedad como ente y no de una persona que encarna la patología. Ahí radica su dificultad para encontrar eficacia en las terapéuticas alternativas:

El paradigma de MC es científico, material de explicación medible; en cambio, en MAC no tiene explicación en medibles, tiene resultados... Yo no puedo demostrar que la energía del hígado está de tal o cual manera, no lo puedo medir, yo lo puedo saber por el pulso, por la tez y la lengua, pero desde el punto científico es subjetivo, no lo puedo demostrar con una prueba de laboratorio. (Hombre, 56 años, 34 años de experiencia en MAC)

Las visiones del mundo son muchas, la ciencia solo es una visión más del mundo... Se puede curar desde el arte, desde la danza, desde las posiciones del yoga, desde la alimentación y eso hay que entenderlo porque si nos quedamos solamente en el paradigma de la ciencia, no vamos a llegar tan lejos... Son demasiadas reacciones químicas en un minuto para poder comprenderlas todas, pero una falta de perdón es capaz de cambiar todo ese metabolismo de ese individuo donde ya no se generan neuropéptidos, neurotransmisores, reacciones glandulares y efectos fisicoquímicos en los órganos que producen síntomas y enfermedades o salud... El término “científico” se ha apoderado digamos de una rama de la investigación o del conocimiento para pretender de que lo que ellos no hagan no es científico, pero hay cosas que no son científicas, pero son reales: el dolor no es científico porque no hay ninguna forma de medirlo... Y no hay forma de comprobar de que no le duele. (Hombre, 65 años, 37 años de experiencia en MAC)

En la MAC esta mirada se cambia. El médico se asume como un intermediario en el proceso de la recuperación de la salud, sin ser el directamente responsable, pues quien debe apropiarse de su enfermedad y de su sanación es el mismo paciente, empoderándose de su potencial sanador con las herramientas que el médico alternativo le ofrezca. Así mismo, la MAC centra su atención en las personas que padecen enfermedades, más que en la enfermedad misma; por ello, no se ve como requisito *sine qua non* tener un diagnóstico para lograr ofrecer una alternativa terapéutica: “Sí, creo que eso es lo que hacemos, preparamos y quien cura realmente es la naturaleza” (hombre, 60 años, 34 años de experiencia en MAC).

En la MAC se cuestiona que el método científico clásico parece haberse quedado anclado en la física mecánica y no haber trascendido a la física cuántica, entre otras áreas disruptivas de conocimiento, lo que reduce la mirada y la forma de medir la eficacia de las múltiples intervenciones que ofrece la MAC. Con frecuencia, en la MAC, pacientes y terapeutas reconocen que se obtienen resultados muy satisfactorios en cuanto a los síntomas, sufrimiento y malestar, sin que en muchas ocasiones el mismo médico haya sabido la causa del problema o el mecanismo específico de la curación, al punto de relatar testimonios de curación y sanación

de enfermedades que en MC no tienen cura. Para los médicos alternativos la mejor evidencia son los pacientes que observan a diario curarse:

... cuando tuve la oportunidad de ver un paciente asmático con homeopatía y ver que el curso de la enfermedad se modificaba porque se le daba el tratamiento y decía no, ya las crisis no son como antes cada mes, sino que pasa 3, 4, 5 meses sin crisis o muchos nunca más vuelven a hacer una crisis después de recibir su medicamento homeopático. Entonces uno dice, esta medicina está impactando la vida de los pacientes no solamente quitando los síntomas transitoriamente, eso pues es altamente motivador. (Hombre, 65 años, 39 años de experiencia)

Todo lo anterior, exige que en la MAC el médico debe asumir una postura de humildad y verse como igual frente a quien busca su ayuda, pues solo de esta forma logra la conexión que necesita para llegar a realizar el abordaje biológico, psicológico, social, emocional y espiritual que requiere esta práctica, y en consecuencia ofrecer una medicina integrativa. Para algunos, transitar desde la MC hacia la MAC implica desaprender ciertos pilares de su formación, ofrecidos por las escuelas de MC; en ese sentido, mientras más temprano en la formación haya sido la incursión en MAC, menos dificultad experimentan con el cambio de paradigma:

Entonces cuando uno va introyectando esas cosas, a uno también le va cambiando la vida, uno es el primer paciente allá. (Mujer, 77 años, 26 años de experiencia en MAC)

Conectarse con el paciente, hacerle preguntas extrañas... ¿Usted por qué cree que le duele esa rodilla, y por qué cree que le empezó ese problema? Se encuentra con unas respuestas... Que para nosotros es un dato fundamental... Yo creo que los médicos tenemos que aprender a tener humildad porque en la academia lo van formando para estar por encima del paciente y eso toca cambiar, aprender a decir “yo no sé qué tiene”. (Hombre, 56 años, 14 años de experiencia en MAC)

Los relatos de los entrevistados están cargados de situaciones reales vividas por otros y evidenciadas por ellos en su consulta, que muestran la cantidad de resultados satisfactorios para los pacientes consultantes, para los propios terapeutas y para las familias, en el caso de penosas situaciones crónicas ante las cuales parecían haber perdido la esperanza de obtener una mejoría. Son muchos los relatos de experiencias con pacientes a quienes los habían tratado múltiples especialistas, y durante largo tiempo, y mejorarlos con MAC inmediatamente, o en corto tiempo, según haya sido la terapéutica ofrecida. Es claro que, a pesar de tantos pacientes que relatan haberse curado de su afectación, los médicos reconocen que hay personas a las que tampoco logran mejorar su situación:

Los pacientes que se alivian de dolor, es la mayor satisfacción, la segunda son los que están sufriendo en términos afectivos, que están en duelo, es genial ayudarlo a las personas que llegan en estados de depresión, de agitación, de duelo, de dolor del alma. (Hombre, 62 años, 34 años de experiencia en MAC)

Hay una experiencia muy gratificante con mi hermana... Ella era mi secretaria... Y le vi un nodulito en la tiroides, se lo palpé y le hicimos una biopsia y tenía un cáncer de tiroides, pero ella no sentía mayor cosa. Cuando le hicimos la gammagrafía ósea tenía metástasis en los huesos, hepática, pulmonares... Se le hizo una tiroidectomía y dijeron que la expectativa de vida no era mucha. Después desde este enfoque médico la traté y comenzaron a desaparecer todas las metástasis, eso hace 33 años y ahí está conmigo trabajando. (Hombre, 61 años, 37 años de experiencia en MAC)

El abordaje integral en la MAC es una necesidad, no un cliché. Un motivo que conduce a buscar una forma de ejercer medicina alternativa es sentir que no se tienen herramientas para el abordaje integral del ser humano en la MC, pues desde que entra al consultorio el médico está predispuesto a que padezca de muchas cosas, por lo que se le pide que priorice uno o dos motivos de consulta para poder enfocar la historia clínica. Sin embargo, ese solo motivo puede ser objeto de remisión a una especialidad, hecho que lleva al médico a sentir impotencia frente a la resolución de muchos de los problemas de salud que presentan sus pacientes. La MAC permite tejer relaciones entre síntomas, encontrar un proceso común entre diferentes sistemas y órganos que explican un mismo origen del problema, por lo que deja de lado el miedo de escuchar una lista de motivos de consulta, porque será esa información la que ayudará a hilar el problema y, finalmente, a hallar un detonante de esa complejidad de síntomas:

Lo otro es la fragmentación de la patología o de los pacientes. Entonces si te duele un dedo el ortopedista, si el estómago el gastro, si el oído el otorrino, pero no había una integralidad que sí la encontraba uno con MAC. (Mujer 51 años, 29 años de experiencia)

Sí hay que desaprender algunas cosas, pero lo que más hay que hacer realmente para ampliar esas posibilidades para el paciente, es darle mucho valor a elementos de todas las dimensiones del ser humano que tienen que ser adecuadamente abordadas y en lo cual sí le hace mucho énfasis lo alternativo o lo complementario... Un médico tiene en lo alternativo sumado a lo convencional, mayores herramientas y posibilidades para darle el escenario ideal a un paciente que viene a presentar un problema. (Hombre, 55 años, 27 años de experiencia en MAC)

En este sentido, se convierte en absolutamente necesario integrar todos los aspectos del paciente: su entorno, su mente, su espíritu, su físico, sus relaciones consigo mismo y con el ambiente, porque todo esto es relevante a la hora de expresar su dolor y su enfermedad. Entonces se considera ajeno a la práctica de la MAC no abordar de forma integral al paciente. Como consecuencia de esta amplia escucha y de la intención por parte del médico de entender la realidad del paciente en todas sus esferas, se forja una relación médico-paciente de mayor confianza y solidez, que a su vez conduce a una relación entre semejantes donde ambos aprenden y se acompañan en el proceso de la recuperación de la salud:

Yo creo que la única manera de hacerlo es integrando, integrando al paciente con sus miedos, con sus ideas, con sus antecedentes, con el ambiente donde vive, con la manera como duerme, cantidad de cosas. Para mí es incompatible tratar de hacer esta medicina sin que se vuelva realmente integrativa. (Hombre, 56 años, 14 años de experiencia en MAC)

Esta integralidad de la MAC trasciende del acto médico al tratamiento, puesto que posee herramientas terapéuticas para ofrecerle al paciente este mismo abordaje integral, porque en ellas no se considera solo lo físico, sino que también hay un abordaje del ser. Técnicas como la acupuntura, la homeopatía, la terapia neural, la magnetoterapia, la auriculomedicina, la meditación, entre otras, entrelazan inherentemente la energía, las esfera emocional, mental, espiritual y física del ser humano, lo que se traduce en un impacto integral del paciente, en un cambio de sentimientos, de pensamientos frente a esa expresión de enfermedad que necesariamente cambiará su rumbo, pues la persona asume e interpreta su condición de salud de forma diferente. Entenderá que cómo come, cómo vive, cómo piensa, cómo siente y cómo se relaciona consigo mismo, con los demás, con el universo, determina su salud y cómo se enferma: “... la meta es que el paciente integre cosas, que tenga mayor calidad de vida, que pueda sentirse atendido adecuadamente y el proceso sea de buen resultado en todos los sentidos” (Hombre, 52 años, 29 años de experiencia en MAC).

Ser capaz de reconocerse diferentes en un entorno retador, pero con gran satisfacción. El sistema de salud colombiano es hegemonícamente convencional, a pesar de que ha incluido dentro de su plan de servicios algunas terapias de MAC, pero con evidentes restricciones en cuanto a tiempo. Estas terapéuticas alternativas siguen teniendo su mayor campo de acción en el ámbito privado, donde son altamente demandadas por usuarios que ven que muchos de sus problemas de salud se prolongan en el tiempo, pese al uso de tratamientos de la MC. Esta alta demanda ha llevado que algunos profesionales en salud, sin ser médicos, se formen en estas prácticas de las MAC y ofrezcan sus servicios sin haber tenido experiencia previa en el acto médico y, a veces, sin el rigor académico que conlleva, lo cual afecta la credibilidad de estas medicinas. A pesar de lo anterior, la oferta formal de formación en MAC es insuficiente para la demanda que tiene el país, y algunas de estas escuelas no exigen ser médico como requisito para aspirar a ellas.

Un común denominador encontrado entre los entrevistados fue el autorreconocimiento como personas sensibles al entorno, a la naturaleza y al dolor ajeno, con capacidad de escucha, con deseos de ayudar y servir más allá de lo que la labor médica pudiera permitir. Son personas que se describen desde pequeñas con un acercamiento especial a lo espiritual, con una mente abierta, inquieta y curiosa por descubrir nuevas alternativas de manejo, con capacidad de comprender paradigmas que a la luz de lo evidente pudieran no ser entendibles. Son profesionales que, aun cuando con cierto temor de asumir frente a sus colegas, profesores y sociedad este camino de la medicina, se han decidido por él, llevados por el amor y la convicción de que pueden brindar más alternativas de tratamiento a sus pacientes. En este sentido,

también logran desarrollar de forma paralela esa personalidad, cultivando estos atributos que no lograban ser expresados en su totalidad en la MC, pues la MAC requiere coherencia e integralidad entre el ser y el quehacer del terapeuta para lograr mejores resultados, ya que en MAC es fundamental seguir los principios de lo que se predica en su propia vida:

Yo trato de seguir el ritmo de la terapia alternativa, llevo una sana alimentación, pues he estudiado nutrición entonces conozco el concepto de genética y nutrición entonces busco cuál es mi biotipo genético y cómo acorde a eso trato de hacer actividad física, meditación, relajaciones, de vivir lo más armónicamente con mi organismo y con mi vida y con mi familia y eso es pues el eje que me mueve. (Hombre, 52 años, 29 años de experiencia en MAC)

Le recomiendo al médico que no solamente estudie esta medicina, sino que incorpore su filosofía a su estilo de vida. (Hombre, 61 años, 37 años de experiencia en MAC)

Aunque la MAC sea una práctica milenaria, dentro de nuestra cultura aún muchas personas la desconocen, entre ellas médicos, incluso la desconoce el sistema de salud como una alternativa de tratamiento efectivo. Tal hecho se refuerza principalmente por su insuficiente respaldo en cuanto a evidencia científica y por el hecho de que pueda ser ejercida por personal no médico. Esto refuerza la resistencia de gran parte del gremio médico, pues genera una fuerte rivalidad y subvaloración que se manifiesta desde la formación y con mayor énfasis en el ejercicio profesional, al punto que quien exprese abiertamente su intención de dedicarse a la MAC es tildado por muchos profesores y colegas como falto de rigor, no ser bueno académicamente o simplemente un loco por dedicarse a una “seudociencia”. Para los entrevistados es importante la integración entre MC y MAC, lo que exige una actitud abierta frente al conocimiento, y si se diera de forma temprana desde la formación, se ampliaría el arsenal terapéutico en favor de los pacientes, asunto evidenciado por muchos especialistas que, sorprendidos y respetuosos, remiten sus pacientes a la MAC para ofrecerles nuevas alternativas, así no las entiendan:

Desde que vos no riñas con ellos, ellos te terminan queriendo, yo tengo cardiólogos, pediatras, dermatólogos, neumólogos, cirujanos, ortopedistas, gastroenterólogos que me mandan pacientes para que yo les haga cosas integrativas. (Hombre, 52 años, 29 años de experiencia en MAC)

En las especialidades y en la academia a uno le enseñan a competir... En cambio en MAC es una camaradería y un compartir muy agradable de conocimiento. (Hombre, 56 años, 14 años de experiencia en MAC)

Para algunos de los entrevistados, la transición de MC a MAC dio lugar al afianzamiento de una personalidad que venía intentando abrirse paso en la MC, pero que no lograba expresarse en su totalidad. Han encontrado así, durante la formación en MAC, la explicación a muchas de sus inquietudes personales y profesionales, y hallando en el ejercicio de este campo su realización personal, académica y laboral no encontrada anteriormente, lo que

se traduce en satisfacción física, mental, emocional y espiritual. Así, han llevado a su vida cotidiana prácticas de la MAC. Tal intención de integridad como terapeuta refleja e invita a su paciente a la coherencia entre el ser y el hacer, lo que pudiera generar mayor empatía y entendimiento en la intención terapéutica: “Cuando uno aprende medicina tradicional china no aprende un campo profesional, aprende una forma de vivir distinta” (mujer, 77 años, 26 años de experiencia en MAC).

La satisfacción del médico alternativo y complementario anida en el bienestar logrado en sus pacientes, algunos de los cuales mejoran significativamente con pocos esfuerzos médicos y sorprenden con sus resultados; así como el de otros que, aun cuando no mejoran sus problemas orgánicos, su actitud frente a la vida y la forma en que asumen la enfermedad cambian positivamente, incluso su acercamiento a la muerte, y manifiestan su alivio de esta manera. Motivos estos por los cuales el médico de MAC considera que su ejercicio laboral deja de ser considerado un trabajo, por el disfrute de su vocación, y se reconocen como sanadores:

... pero se ven casos asombrosamente buenos, con respuestas asombrosas que a veces queda uno sorprendido, a veces el sorprendido es el médico más que el propio paciente. (Hombre, 65 años, 39 años de experiencia)

Cuando utilizas medicinas alternativas terminas siendo es un sanador y que yo creo que realmente por eso es que nos metemos a ser médicos tratando de sanar y de ayudarle a las otras personas. (Hombre, 36 años, 3 años de experiencia en MAC)

Discusión

El sentimiento de decepción y frustración expresado por los participantes de esta investigación está respaldado en la literatura médica, desde diferentes perspectivas. Con frecuencia, el profesional de la salud experimenta situaciones de crisis que le producen insatisfacción en su práctica, asociada en algunos casos con el cuidado y el trato del paciente. El estudiante de medicina suele elegir su profesión con una gran expectativa y actitud orientadas hacia el bienestar de los demás, cuidando y aplicando los principios de beneficencia, hecho este que se concreta en el contacto con la persona enferma, pero que se ve afectado por un servicio cada más institucionalizado que ha limitado este acercamiento.

Existe restricción de la autonomía médica y, paradójicamente, aumento en la responsabilidad como consecuencia de la presión por racionalizar los servicios, al priorizar la eficiencia por encima del beneficio ofrecido. Dicha frustración ha llevado, directa o indirectamente, a muchos médicos a abandonar su profesión, a brindar una mala atención o, en otros casos, a cambiar su forma de ejercer la medicina (11).

La relación médico-paciente y la confianza originada están bajo amenaza por diversos motivos en el ejercicio de la MC. Cada vez parece aumentar la distancia entre el médico y el

enfermo, por la forma en que se ejerce la medicina actualmente. El establecimiento de diagnósticos ahora no pasa por el análisis de los síntomas y los signos detectados por el clínico, sino por pruebas externas al acto médico, con consecuencias para la relación médico-paciente, y para la identificación del médico consigo mismo (12). La fatiga y la depresión de los médicos son problemas que afectan la prestación de servicios de salud, con alto riesgo de producir errores irreparables. Existen factores que explican el *physician burnout*, que pueden aumentar la frustración, algunos de los cuales están asociados con el individuo y otros con su entorno laboral (13).

El primer obstáculo para transitar de la MC a la MAC está en la concepción misma que se tiene del ser humano y de la enfermedad (14). De ahí el cambio de paradigma, pues independiente de que el fundamento de la MC y de la MAC partan de un mismo sustrato que es el cuerpo humano, la forma de asumirlo y de acercarnos a su lectura es diferente, porque reconoce cuerpos de conocimiento muy distintos. Ello genera formas diferenciales de asumir a la persona, a la enfermedad y a la terapéutica.

En la MAC se concibe al ser humano como una unidad, sin los fraccionamientos sistémicos de la medicina ortodoxa, sino inmersa en la naturaleza del individuo, con su entorno ecológico, familiar y social. Del mismo modo, la enfermedad no se considera contraria a la salud, sino que consiste en un desequilibrio de la energía vital que anima al cuerpo físico, mental y espiritual y está presente en cada átomo, en cada célula y en cada órgano del sujeto. Todo esto obliga a replantear los puntos de vista de muchos médicos sobre los fines de su actuar profesional (15). Así mismo, la importancia que el médico le dé a la subjetividad en la forma de asumir la enfermedad y del manejo que hace de ella el individuo, lleva a la búsqueda de nuevas alternativas y terapias para dar respuesta a las necesidades y no solo la cura de la enfermedad (16).

Lo anterior deriva en el resurgir de la práctica médica centrada en la persona, de donde surge un nuevo modelo de atención en respuesta a una necesidad sentida por parte la sociedad, que rompe los paradigmas del enfoque biomédico clásico, al transformarse de un modelo centrado en la enfermedad, a uno llamado biopsicosocial, que se enfoca en la persona, en el marco de su contexto familiar y social (17). Este modelo aparece como respuesta a la búsqueda de una solución a la insatisfacción de pacientes y médicos en la atención de la MC, dado que en el último medio siglo la revolución científico-técnica, con sus impredecibles adelantos, le ha planteado a la clínica nuevos caminos que, para algunos, sin caer en posturas retrógradas en la medicina, la pueden llevar a ser una práctica deshumanizada, que hace pensar en la necesidad de un nuevo retorno al legado hipocrático. De nuevo se rescata la importancia de la subjetividad en el proceso salud-enfermedad y la necesidad de incorporar y reconocer la perspectiva intersubjetiva dentro del modelo de atención médico.

Una gran pretensión sería la integración de ambos modelos MC-MAC, lo cual comienza a darse en el mundo, y Colombia no es ajena a esta situación. Un buen indicador del grado de

complementariedad e integración que comienza a darse entre la MAC y la MC es el impacto en investigación, publicaciones, reconocimiento social y actitudes hacia la medicina alternativa por parte de los médicos, y el desarrollo de marcos legales para el ejercicio y la educación (16). Es de resaltar que este logro está en sus inicios, pues la presencia de un modelo previo hegemónico, como es el de la medicina occidental, puede dificultar la integración de otra forma de aplicar medicina (16).

A decir de algunos, en Colombia no ocurre incorporación, sino que existe alguna asimilación o tolerancia frente a la medicina alternativa, pero la verdadera integración no se dará sin un cambio de los paradigmas médicos reinantes (15). La biomedicina constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y se autorreconoce como la manera más correcta y eficaz de atender la enfermedad. Este modelo médico se caracteriza por un biologismo marcado, la insociabilidad del origen de la enfermedad, la falta de incorporación de la historicidad y cultura del paciente, la eficacia a cualquier precio y una relación médico-paciente asimétrica y subordinada (18).

Estudios previos muestran cómo mientras el grado de conocimiento de médicos sobre terapias alternativas es bajo, debido probablemente al escaso acercamiento a estas terapéuticas desde el pregrado, la mayoría de los encuestados habría recurrido a su uso y afirmaron estar dispuestos a remitir pacientes a especialistas en MAC. Quienes no remitirían lo harían por desconocimiento y evidencian preocupación con la seguridad, al reclamar mejor evidencia científica en el área (18).

Por otro lado, sin demérito de la medicina basada en la evidencia, se hace un llamado hacia la pertinencia de un análisis que incursione en una renovada conceptualización de la ciencia, que supere el reduccionismo históricamente heredado y contemple construcciones y lecturas intersubjetivas de los fenómenos que atañen al ser humano, sin ignorar los incuestionables éxitos del enfoque pragmático (19). Debido al bajo número de estudios que respaldan la eficacia de la MAC, comparado con la MC, con frecuencia, se emplean términos peyorativos por médicos ortodoxos para referirse a ella, lo que, a su vez, favorece el desconocimiento de estas disciplinas terapéuticas y dificulta su aceptación, recomendación e integración en el quehacer del médico. Otros más, las subvaloran al considerar que “la medicina” no necesita ser complementada por otras o le restan valor a lo emocional, social y cultural en el proceso salud-enfermedad (15).

En los resultados hallados en esta investigación se expone un fuerte nexo entre la personalidad y el deseo de ejercer MAC. Esto lo apoyan otros estudios, según los cuales la investigación rara vez considera la influencia combinada de los rasgos de personalidad y los valores para predecir resultados conductuales. Ellos encontraron que los rasgos de personalidad predicen la elección de la especialidad médica orientada a la persona (20). Es relevante tener en cuenta que la elección de la especialidad es significativa tanto para los estudiantes como para los

sistemas de salud, pues desde la década de 1990 se ha observado un incremento en la cantidad de subespecialistas y una tendencia a elegir menos frecuente, especialidades relacionadas con la atención primaria (medicina general, medicina familiar, medicina interna o pediatría), la MAC se ubicaría en esta área. Otras opciones de formación al terminar la carrera de medicina dependen fuertemente de la exposición del estudiante a estas opciones durante el pregrado, al igual que decidirse por opciones menos conocidas depende de haber rotado por estas durante la formación. En algunos casos, el estudiante ya ha tomado la decisión desde el principio, o previo a la formación, como suele ocurrir con especialidades quirúrgicas, pero en el resto parece tomarse posteriormente (21).

Como limitación se reconoce la heterogénea abstracción de las categorías explicadas, posiblemente por la insuficiente formación de los investigadores en ciencias sociales. Vale recordar que este tipo de investigación no pretende hacer inferencia de sus conclusiones a ningún universo prestablecido diferente a los propios entrevistados; pero, eso sí, pudiera ser que, en lo aquí descrito, más de un lector se vea representado, al menos en parte, en lo que haya significado su propio proceso de acercarse o tomar distancia de la MAC.

Se concluye que el médico occidental puede experimentar durante su formación o su práctica profesional, frustración y decepción de la MC lo que lo lleva a interesarse por un cambio de paradigma médico que incluya el abordaje integral del ser que le ofrece la MAC, alcanzando satisfacción personal y profesional. Se recomienda exponer tempranamente a los estudiantes de medicina a la MAC para enriquecer y ampliar su abordaje, y realizar más investigaciones que demuestren su validez.

Agradecimientos

A los médicos entrevistados, por su contribución.

Contribución de autores

Se explicita con el número del autor en cada ítem: a) la concepción y el diseño (Beatriz Elena Orrego-Orozco y Carlos Enrique Yepes-Delgado), la adquisición de los datos e información (Beatriz Elena Orrego-Orozco, Carlos Enrique Yepes-Delgado, Valentina Mesa-Pietralunga, Ana María Sánchez-Vélez y Natalia Alejandra Arenas-Franco), análisis e interpretación de los datos (Beatriz Elena Orrego-Orozco, Carlos Enrique Yepes-Delgado, Valentina Mesa-Pietralunga, Ana María Sánchez-Vélez y Natalia Alejandra Arenas-Franco). b) Planeación

del artículo o revisión de contenido intelectual importante (Beatriz Elena Orrego-Orozco, Carlos Enrique Yepes-Delgado, Valentina Mesa-Pietralunga, Ana María Sánchez-Vélez y Natalia Alejandra Arenas-Franco). c) Aprobación final de la versión por ser publicada (Beatriz Elena Orrego-Orozco, Carlos Enrique Yepes-Delgado, Valentina Mesa-Pietralunga, Ana María Sánchez-Vélez y Natalia Alejandra Arenas-Franco).

Financiación

Los propios autores.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses.

Referencias

1. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? [Internet]. Bethesda, Maryland: NCCIH; 2021 [citado 2021 oct 12]. Disponible en: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
2. García-Escamilla E, Rodríguez-Martín B, Martínez-Vizcaíno V. Integration of acupuncture into conventional medicine from health professionals' perspective: a thematic synthesis of qualitative studies. Health (Londres). 2016;20(2):176-200. <https://doi.org/10.1177/1363459315574116>
3. Gotzche PC. Deadly medicines and organized crime: how big pharma has corrupted healthcare. CRC press. Londres: Radcliffe; 2014. 310 pags. ISBN: 978-1846198847
4. Null G, Dean C, Feldman M, Rasio D, Smith D. Death by medicine [internet]. Webdc.com. [citado 2022 jul 12]. Disponible en: <http://www.webdc.com/pdfs/deathbymedicine.pdf>
5. Barrett B, Marchand L, Scheder J, Plane MB, Maberry R, Appelbaum D, et al. Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. J Altern Complement Med. 2003;9(6):937-47. <https://doi.org/10.1089/107555303771952271>
6. Maha N, Shaw A. Academic doctors' views of complementary and alternative medicine (CAM) and its role within the NHS: an exploratory qualitative study. BMC Complement Altern Med. 2007;30;7:17. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-7-17>

7. Charmaz K. Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. Thousand Oaks, California: Sage; 2006.
8. Glaser BG. Emergence vs forcing: basics of grounded theory. Strategies for qualitative research. Mill Valley, California: Sociology Press; 1992.
9. Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research grounded theory procedures and techniques. Los Angeles, California: Sage; 1990.
10. Engward H, Davis G. Being reflexive in qualitative grounded theory: discussion and application of a model of reflexivity. J Adv Nurs. 2015;71(7):1530-8. <https://doi.org/10.1111/jan.12653>
11. Karchmer K S. Frustración médica: reflexiones éticas. Acta Med. Grupo Ángeles. 2018;16(3):185-7.
12. Menéndez, E. Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(1):185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
13. Slavin S. Preventing physician burnout: satisfaction or something more? Isr J Health Policy Res. 2019;27;8(1):34. <https://doi.org/10.1186/s13584-019-0303-y>
14. Rojas Ochoa F, Silva Ayçaguer LC, Sansó Soberats FJ, Alonso Galbán P. El debate sobre la medicina natural y tradicional y sus implicaciones para la salud pública. Rev Cub Salud Públ. 2013;39(1):107-123.
15. Urrego Mendoza, DZ, Ángel Macías MA, Salazar Serrano R. Conocimiento, actitud y aceptación acerca de la medicina alternativa, en los médicos-profesores de la Escuela de Medicina de la Universidad Industrial de Santander. Rev Univ Indust Santander Salud. 2012;44(1):45-55.
16. Gómez D, Palacios D. Influencia del modelo hegemónico biomédico en la concepción y desarrollo de las terapias alternativas. Cult Cuidados. 2009;13(25):62-8.
17. Rueda García PA. Hacia un enfoque integral de la atención médica en Colombia. Médicas UIS. 2016;29(2):183-186. <https://doi.org/10.18273/revmed.v29n2-2016016>
18. Gómez Agudelo LF. Conocimientos, actitudes y prácticas de algunos médicos colombianos acerca de la medicina alternativa y/o complementaria. Archiv Med (Col). 2017;17(2):326-37. <https://doi.org/10.30554/archmed.17.2.2060.2017>
19. Sarrado JJ, Clèries X, Ferrer M, Kronfly E. Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? Gaceta Sanit. 2004;18(3):235-44.
20. Taber BJ, Hartung PJ, Borges NJ. Personality and values as predictors of medical specialty choice. J Vocat Behav. 2011;78(2):202-9. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.09.006>
21. Gutiérrez-Cirlos C, Naveja J, Sánchez-Mendiola M. Factores relacionados con la elección de una especialidad en medicina. Investig Educ Méd. 2017;6(23):206-14. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.05.005>