



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS
ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES

MAESTRIA EN CIENCIAS EN METODOLOGÍA DE LA CIENCIA

ENFOQUES Y PERSPECTIVAS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE,
UNA VISIÓN SOCIOMÉDICA

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS EN
METODOLOGÍA DE LA CIENCIA

PRESENTA:

LAURA ELENA ESPINOSA MONROY

DIRECTORES DE TESIS:

DRA. MA. DE LA LUZ SEVILLA GONZÁLEZ

DR. ONOFRE ROJO ASENJO

MÉXICO D.F.

NOVIEMBRE 2011



SIP-14

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de MÉXICO, D.F. siendo las 13:30 horas del día 10 del mes de OCTUBRE del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de CIECAS para examinar la tesis titulada:

"ENFOQUES Y PERSPECTIVAS DE LA ESCLERÓISIS MÚLTIPLE, UNA VISIÓN SOCIOMÉDICA"

Presentada por el alumno:

ESPINOSA

Apellido paterno

MONROY

Apellido materno

LAURA ELENA

Nombre(s)

Con registro:

B	0	9	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---	---

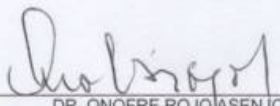
aspirante de:

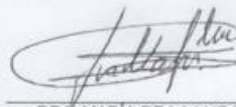
MAESTRÍA EN METODOLOGÍA DE LA CIENCIA

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

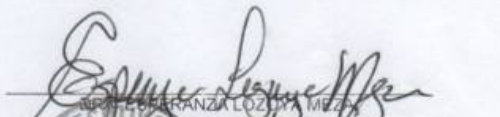
LA COMISIÓN REVISORA

Directores de tesis


DR. ONOFRE ROJO ASEÑO


DRA. MARÍA DE LA LUZ SEVILLA GONZÁLEZ


DRA. CAROLINA MANRIQUE NAVA

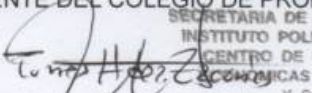

DRA. LETICIA LOZANO MÉNDEZ


DR. HUMBERTO MONTEÓN GONZÁLEZ


DR. GUILLERMO VELÁZQUEZ VALADEZ

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE INVESTIGACIONES
ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS
Y SOCIALES


DR. ZACARIAS TORRES HERNÁNDEZ



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México el día 21 del mes de Noviembre del año 2011, el (la) que suscribe Laura Elena Espinosa Monroy alumno (a) del Programa de Metodología de la Ciencia con número de registro B091234, adscrito a CIECAS, manifiesta que es autor (a) intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de Dra. Ma de la Luz Sevilla González y Dr. Onofre Rojo Asenjo y cede los derechos del trabajo intitulado Enfoques y perspectivas de la Esclerosis Múltiple, una visión sociomédica, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección obatala_fisica. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Laura Elena Espinosa Monroy

Nombre y firma

AGRADECIMIENTOS

En lo académico y de manera especial al Dr. Onofre Rojo Asenjo y a la Dra. María de la Luz Sevilla González por su atinada dirección y por compartirme sus ideas, al Dr. Nelson Eduardo Álvarez Licona por la gentileza de invitarme al seminario de Antropología médica y comunicar sus conocimientos demasiado interesantes para mí. A la Dra. Ana María Liebes Vanegas por darme una orientación médico analítica, en el saber de las señales que brinda el cuerpo al encontrarse sin homeostasis, al Dr. Federico Rebolledo por compartir su percepción Bioética esa reflexión detallada encaminada al área de la salud, a la Mtra. Angelina Anaya Rodríguez por encauzarme a esta especialidad del saber natural muy grato para mí a final de cuentas, al Dr. Humberto Monteon González por su apoyo en la postulación de la beca institucional que lleve durante el trayecto de los estudios de maestría y al mismo tiempo fungir como mi consejero académico, a la Dra. Esperanza Lozoya Meza por la invitación al seminario de las teorías psicológicas en el campo educativo, y contribuir muy gentilmente al enriquecer la bibliografía de búsqueda acerca de esta visión gestáltica en el área médica al proporcionarme, *Los diálogos del cuerpo. El enfoque holístico de la enfermedad*, a la Dra. Carolina Manrique Nava, y al Dr. Guillermo Velásquez Valadez por sus aportaciones críticas en la revisión de esta propuesta de investigación.

De igual manera, me es importante agradecer a las autoridades del Instituto Politécnico Nacional por su valioso apoyo en los estudios de maestría y en la elaboración de la tesis.

A la Dra. Michelle Chauvet por orientarme a esa percepción metasensorial para salir adelante a pesar de esta prueba, a la Dra. Margarita Olvera por ser una constante observadora en mi aprovechamiento intelectual al ser mi tutora durante los estudios de licenciatura.

Quiero agradecer a los pacientes con EM, quienes contribuyeron en entrevistas cara a cara, además estuvieron dispuestos a responder de manera cordial el cuestionario aplicado para conocer cuál fue su percepción antes y después del diagnóstico de la patología.

Sin embargo, deseo hacer evidente mi agradecimiento en el ámbito personal a mi familia, en específico a mis padres Juan Roberto Espinosa y María Catalina Monroy Ramírez por su apoyo incondicional sobre todas las cosas por buenas o malas que habría que enfrentar, a mis hermanas Ana y Adriana que se hacían presentes en la situación de salud y enfermedad, a mis pequeños traviesos Christian y Johan que con su sonrisa me impulsaron para culminar este trayecto por el conocimiento, a mi tía Isabel Monroy Ramírez que junto con mi abuelito José G. Monroy Nieto me inculcaron su ejemplo de responsabilidad, constancia, disciplina, amor al trabajo que de niña interioricé y, que de muchas maneras me manifestaron en el transcurso de mi educación y de forma personal, a mi abuelita Luisa Ramírez por ese apoyo y cariño que me profeso aún antes de nacer, a mi tía María del Consuelo Monroy Ramírez de la cual aprendí esa fuerza interna que a pesar de los obstáculos en salud no se deja vencer, a Vicky Cipriano por el apoyo moral que me ha brindado, a mi tía Margarita Monroy Flores por compartirme su afecto incondicional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Indice general.....	I
Indice de figuras y cuadros.....	II
Glosario	III
Resumen.....	.VII
Abstract.....	VIII
Introducción.....	1
I.-ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	8
Aparición de la Esclerosis Múltiple	8
1.1 ¿Qué es la Esclerosis Múltiple?.....	11
1.2 Explicación sobre la Génesis de la Esclerosis Múltiple.....	14
1.3 Morbilidad de la EM en Europa, América y a nivel mundial.....	17
1.5 Tipos de E.M y los estudios para el diagnóstico	22
2.- INTEGRACIÓN EXPLICATIVA DE CONCEPTOS Y FUNDAMENTOS.....	34
2.1 Psicogénesis	38
2.2 Enfermedad y Padecer.....	42
2.3 Sociogénesis.....	45
2.4 Sistema de Expertos	48
3.- LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE VISTA COMO SISTEMA COMPLEJO.....	51
3.1 Procesos o subsistemas Médicos que atienden a la EM.	59
3.2 Desde un explicación fisiológica de la EM.....	66
3.3 Descripción Psicósomática de la EM	68
RESULTADOS (Conclusiones y Sugerencias).....	72
Bibliografía	79

Índice de figuras y cuadros

Figura 1. Stephen W. Hawking. Tomada de Cohén Stewart.....	9
Figura 2. Heinrich Heine. Tomada de abdem.mforos.com/205274/9066335-heinrich-heine-poeta-aleman/. 2011.....	13
Figura 3. Morbilidad de la EM en Europa, América y a nivel mundial. Tomada de Múltiple Sclerosis Internacional Federation (MSIF) 2008.....	17
Figura 4. Morbilidad de la EM en el país. Tomada de Múltiple Sclerosis Internacional Federation (MSIF) 2008.	18
Cuadro No.1. Total de enfermos de EM en Europa. Tomada de Múltiple Sclerosis Internacional Federation (MSIF) 2008	19
Cuadro No. 2 Total de enfermos con EM en América. Tomado d (MSIF) 2008.....	20
Cuadro No.3 Construcción de los tipos de EM, en base a la lectura de: Schering Ploug. "Aspectos psicológicos de la EM" 2001.....	22
Figura 5. Resonancia magnética de cerebro. Tomada de ingbiomedica.wordpress.com. 2010.....	23
Figura 6. Resonancia magnética de medula cervical.Tomada de shuangyi.com.mx 2010.....	23
Figura 7. Estudios electrofisiológicos a un paciente con EM. Tomada de cristinamorán.comyr.com 2010	24
Figura 8. Estudios de Potenciales Evocados que se realizan para la EM. Tomada de, magbaneurodigital.com 2010	24
Figura 9. Estudio de punción lumbar, una de las pruebas importantes para diagnosticar la EM. Tomada de, medtempus.com 2010.....	25
Figura 10. Modelo Operativo de investigación.....	35
Figura 11.Construcción propia basada en la lectura de Kubler Ross.....	44
Figura 12. EM percibida como sistema complejo. Dr. Onofre Rojo Asenjo.....	51
Figura. 13. Sujeto enfermo y la complejidad entre Psicogénesis y Sociogénesis. Dra. Ma. de la Luz Sevilla González... ..	52
Figura 14. Construcción propia de la EM como Sistema Complejo.....	58
Figura 15.Construcción propia de los Sistemas Médicos en Salud. En base a la lectura de Eduardo Menéndez.	60
Figura 16. Elaboración de, Dra. María de la Luz Sevilla González. 2010.....	70

GLOSARIO

Agente. Es la entidad biológica, física, química, psicológica o social la cual en interacción con otros factores de riesgo del huésped y del ambiente, es capaz de causar daño a la salud.

Atención médica. Conjunto de ayudas que se proporcionan a los pacientes en casos de enfermedad.

Autonomía. La autonomía se refiere a la libertad del individuo para ejercer alguna acción de acuerdo a su forma de pensar.

Calidad de vida. Conjunto de circunstancias y valores determinados por distintos factores como edad, género, nivel educativo, ambiente social y cultural.

Caso. Se denomina así al individuo en particular que, en un tiempo definido, es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación.

Dimensión Técnica de la capacidad de los servicios. Es el atributo del proceso de prestación de servicios que consiste en ofrecer a los individuos los mayores beneficios con los menores riesgos, a partir del empleo de las mejores normas de la práctica profesional.

Enfermedad. Según el modelo biomédico se concibe como una entidad independiente del comportamiento social, sino también exige que los trastornos de la conducta se expliquen sobre la base de alteraciones de proceso somáticos (bioquímicos y neurofisiológicos).

Esclerosis Múltiple. La EM o esclerosis en placas es una enfermedad del Sistema Nervioso Central (SNC). Lesiona la vaina protectora de las fibras nerviosas (mielina) influyendo negativamente sobre las funciones motoras, la sensibilidad, el equilibrio, la palabra, la visión y el control de los esfínteres.

Evento. Es el suceso imprevisto y de cierta duración, que puede estar asociado o no a un riesgo para la salud.

Evento adverso. Es la situación indeseable que afecta seriamente en corto o largo plazo, la salud del paciente a causa del proceso de atención clínica y no por la evolución de su padecimiento.

Experiencia adversa. Cualquier ocurrencia medica desafortunada en un paciente o sujeto de investigación clínica a quien se le administró un medicamento, y que puede o no tener una relación causal con este tratamiento también denomina evento adverso relacionado a medicamentos.

Expediente clínico. Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a disposiciones sanitarias.

Farmacovigilancia. Es la rama de la medicina que, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales.

Factor de riesgo. Es el atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución específicamente desfavorable de ese proceso.

Interdisciplina. Supone la integración de diferentes enfoques disciplinarios, para lo cual es necesario que cada uno de los miembros de un equipo de investigación sea experto en su propia disciplina.

Neuroética. Se refiere al estudio de los problemas éticos y sociales que surgen de las posibles aplicaciones o manejo del nuevo conocimiento neurocientífico en humanos.

Paciente. Es el beneficiario directo de la atención médica. La palabra proviene del latín pati que significa padecer, sufrir, soportar. Se utiliza específicamente para denominar a la persona enferma y/o con algún tratamiento.

Padecimiento. Acción de sufrir daño, injuria, enfermedad etc.

Parestesia. Sensación o conjunto de sensaciones anormales y especialmente el hormigueo, adormecimiento o ardor que experimentan en la piel ciertos enfermos del sistema nervioso o circulatorio.

Patología. Parte de la medicina que estudia la naturaleza de las enfermedades.

Profesionales de la salud. Los profesionistas con título o certificado de especialización legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes, que ejercen actividades profesionales para proveer cuidados a la salud en humanos.

Proceso. Describen los cambios que tienen lugar en el sistema o fenómeno social a analizar.

Reacción adversa. Es cualquier efecto perjudicial y no deseado que se presenta a las dosis empleadas en el hombre para profilaxis, el diagnóstico, la terapéutica o la modificación de una función fisiológica.

Reacción adversa inesperada. Es una reacción cuya naturaleza o severidad no está descrita en la literatura, ni en la información contenida en la etiqueta o en la información para prescribir, ni en la documentación presentada para su registro, además que no es posible inferirla de su actividad farmacológica.

Relación médico paciente. Definido por Laín Entralgo: Es una peculiar forma de amistad.

Riesgo. Es la probabilidad de ocurrencia para una enfermedad, un accidente o un evento dañino.

Salud pública. Se deriva del mandato constitucional que consigna la protección de la salud.

Sistema Complejo. Situaciones que se caracterizan por la confluencia de múltiples procesos cuyas interrelaciones constituyen la estructura de un sistema que funciona como una totalidad organizada.

Sospecha de reacción adversa. A cualquier manifestación clínica no deseada que de inicio o apariencia de tener una relación causal con uno o más medicamentos.

Susceptible. Es la persona o animal que no posee suficiente resistencia contra un agente patógeno determinado, que le proteja contra la enfermedad, si llega a estar en contacto con el agente.

Vigilancia epidemiológica. Es el estudio permanente y dinámico del estado de salud, así como sus condicionantes, en la población.

Vulnerabilidad. Es la acción donde una persona o un conjunto de las mismas pueden recibir lesiones físicas, morales, donde se esta violando una ley o precepto.

RESUMEN

Esta corriente parte de una visión analítica integral, que se apoya en el área de la antropología cognitiva la cual, se encuentre formada por dos escuelas, la francesa que genera explicaciones estructuralistas y la escuela británica americana con el manejo del significado. Así pues, este estudio es una propuesta de explicación de las estructuras que componen el fenómeno de la Esclerosis Múltiple (EM) desde la explicación de la dificultad de su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento.

Esta explicación se apoya en la teoría de los Sistemas complejos donde, se observan las relaciones, funciones y estructuras que envuelven el fenómeno a estudiar.

Es una propuesta crítica, en el que se observa cómo el fenómeno sociomédico es percibido en los tres modelos médicos de atención al enfermo neurocrónico. A su vez, se retoma la perspectiva fenomenológica, cuyo principal representante es Alfred Schütz, y se vincula con el trato que surge entre el neurólogo y el individuo percibido como enfermo. De la misma manera, se incluyen comentarios de algunos miembros del sistema de expertos, en el área de las medicinas complementarias o alternativas.

Para terminar, se presenta un análisis, que a largo plazo sirva de conocimiento al sistema médico de atención, ya que la población con Esclerosis Múltiple tiene un incremento significativo en México, y forzosamente las políticas públicas en salud tendrán que modificarse para su atención.

PALABRAS CLAVE

Esclerosis Múltiple, modelos de atención médica, políticas públicas, sistemas complejos.

ABSTRACT

This current part of a comprehensive analytical approach, which relies on the cognitive anthropological area which is formed by two schools, the French structuralist explanations generated, and the American British school with the management of meaning. Thus this study is a proposed explanation of the structures that make up the phenomenon of Multiple Sclerosis MS from the explanation of the difficulty of diagnosis, prognosis of the treatment.

This explanation is supported by the theory of complex systems where relationships are observed, functions and structures that surround the phenomenon being studied.

It is a critical proposal, which shows the sociomedical phenomenon as seen in all tree models of patient care physicians neurocrónico. In turn it takes the phenomenological perspective, whose main representative is Alfred Schütz, and is associated with the treatment that arises between the neurologist and the individual perceived as ill. Likewise, included comments from some members of the expert systems in the area of complementary or alternative medicine.

Likewise are included comments from some members of the expert system in the area of complementary or alternative medicine.

Finally, we present an analysis that long- term knowledge to serve the medical system of care as people with MS have a significant increase in Mexico and forced the public health policies have to be modified for your attention.

KEYWORDS.

Multiple sclerosis, health care model, public Policy, complex systems

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo está relacionado con los avances de la antropología médica; de la misma forma se vinculan análisis fenomenológicos y sociales; a su vez se realiza un análisis desde tres modelos de atención médica al fenómeno de la EM, una enfermedad neurodegenerativa.

La importancia del estudio, radica en que esta patología es hasta el momento de difícil diagnóstico, ya que puede confundirse con algún problema tumoral, que tenga los síntomas equivalentes o con algún otro desorden de índole neurológico.

Por lo anterior, se requiere observar, analizar, y realizar una construcción hermenéutica, filosófica, antropológica y social del concepto de enfermedad que por sí misma es un sistema complejo. Se utilizan los presupuestos teóricos de Rolando García (2006), adaptados al área médico social.

La hipótesis de trabajo en la investigación es que, la EM y su tratamiento constituyen un sistema complejo y un subsistema respectivamente, los cuales están constituidos por el sujeto, la institución, el médico y su tratamiento, es decir los elementos que forman parte de este fenómeno a estudiar.

Un marco teórico del que se parte para realizar la reflexión está referido a los sistemas médicos de atención a la salud, el cual se ha definido como lo hace Menéndez (1986).

Estos modelos descritos en más detalle son:

- a) **Modelo médico hegemónico**: Corresponde a la visión de la clínica hospitalaria común, es decir esta formada por un amplio sector de instituciones, en las que hay una fragmentación precisa en especialidades, ya que dependen del tipo de malestar por el cual curse el individuo que se perciba como enfermo neurocrónico, con exactitud que padezca Esclerosis Múltiple.

La perspectiva médico hegemónico se relaciona con otros subsistemas de atención donde se atiende al paciente crónico y entra a análisis una variable social relevante, la cronicidad de una enfermedad, en la que se encuentra la EM. En la actualidad, se vuelve cada vez más impreciso, el diagnosticar una enfermedad crónica, cada subjetividad es un todo, y, no existe una sola propuesta epistemológica, que reflexione acerca de las formas en como se elaboran los sujetos que cursan con una enfermedad crónica; porque tanto el estar sano o enfermo tiene implicaciones sociales en cuanto al carácter explícito que le brinda al sujeto una situación determinada.

Al igual que el paciente, el sujeto que ejerce la medicina se enfrenta a retos, porque cada paciente es una especificidad por lo complejo del curso de la enfermedad; no hay nada para generalidades en cuanto al trato que se le debe de brindar a cada persona enferma crónica.

Tal vez, el médico deba empezar a usar sus valores éticos y humanos de la mejor manera posible.

- b) **Modelo de medicinas alternativas o complementarias**.- Que son “en cierta medida una reacción a determinadas características de las orientaciones biomédicas. Es debido a la relación médico paciente que se ha impuesto en la medicina” (Menéndez: 2003:186). El cual en ocasiones también se encuentra inserto en algunas instituciones de salud. Algunas veces propone interesantes propuestas comprobadas como paliativo en la evolución de cualquier malestar con interesantes propuestas comprobadas, por los médicos. Un ejemplo claro esta en la especialidad de Acupuntura, en donde se hace mezcla de la medicina tradicional china y la medicina que el sujeto común conoce.
- c) Como tercera propuesta, se encuentra el **Modelo de Autoatención**, “se constituye como un proceso necesario en toda cultura a través de las acciones de los pequeños grupos para contribuir a asegurar el proceso de reproducción biosocial” (Menéndez: 2003:198). Donde el sujeto, categorizado como enfermo, no esta sometido a ninguno de los dos tratamientos anteriores.

La reflexión analítica que surge de este problema de salud que es la EM debe estar enfocado a aclarar como la visión del médico trata el problema desde dos perspectivas distintas: a) La explicación fisiológica y b) la explicación de un padecimiento psicosomático.

El acercamiento al fenómeno de salud de dicho padecimiento inicia desde conceptualizar la enfermedad, atender el problema con un diagnóstico específico y obtener resultados totalmente distintos en los dos enfoques.

Aunque, estas perspectivas pueden resultar sinérgicas, es decir ser más efectivas que la simple suma de las dos explicaciones.

Es un estudio realizado desde las Ciencias Sociales que utiliza la metodología que tanto el discurso de una persona que padece EM y de quiénes son nombrados el sistema de expertos. Estudios desde el punto de vista de los informantes que padecen EM. Es una construcción integral de teóricos expertos en distintas áreas.

A nivel macro se utiliza el discurso de los no expertos como el de los expertos que es discurso científico.

Una parte de la investigación es mostrar por medio de trabajo teórico por el momento, como la mayoría del sistema de expertos que se dedican a la medicina clínica tienen una gran responsabilidad al definir una enfermedad y proponer su tratamiento.

Cuando los clínicos se enfrentan al caso de EM atienden el padecimiento desde dos enfoques diferentes, (a y b) uno u otro camino, impactará en el paciente de manera distinta, el resultado que tendrá el individuo reconocido como enfermo y que recibió el tratamiento médico desde el enfoque fisiológico, tendrá una respuesta distinta en aquel paciente cuya atención esta centrada como un problema psicosomático y sea tratado como un desorden originado por la mente cuya atención requirió sus métodos propios para resolver ese problema que el médico identificó a partir del diagnóstico.

Se han propuesto certeras respuestas al respecto de diagnosticar un mal incurable, y de poder sugerir a la persona que lo posea una respuesta adecuada, por el mero hecho de que el científico natural se enfrenta a un reto mayúsculo de poder conocer la evolución de dicho mal por no estar especificadas sus fases de mejoría.

En la actualidad, el sujeto forma parte de la colectividad, donde él mismo ha construido su realidad social.

Con la modernidad, para encauzar este fenómeno social de la EM que se había llevado a propuesta de análisis, y abordado de forma analítica en el siglo XIX por estudiosos de la materia, con un saber más sustentado en la observación, e investigaciones más específicas para determinar la enfermedad se ha formado, junto con los síntomas, signos que el sujeto manifieste.

Todo síntoma que experimente un sujeto enfermo puede construirse como una serie de símbolos, que el médico interpreta según su formación y entrenamiento. Se requiere así de una atención muy especializada, ya que se efectúa una dialéctica en este enfoque interdisciplinario.

La implementación de la neurología como área de especialización es de suma importancia, ya que el número de enfermos de índole neurocrónico va en aumento en el país, y en el mundo; en unos años debe de implementarse una; atención concreta a los mismos; del médico dependerá tratar al paciente como un todo integral en sus consultas, análisis, terapias, por el mismo origen del padecimiento.

Recientemente, en el aspecto farmacéutico, la transnacional Schering dio a conocer un fármaco específico para el tratamiento de la Esclerosis Múltiple, cuyo componente principal está basado en sustancias naturales, es decir la sustancia activa proviene de fuentes no procesadas, y no manipuladas. Y Novartis ya tiene en circulación (prensa local) un remedio,

Puede decirse que, es una ventaja el avance de la biología molecular inserta en la biotecnología de tercera generación, ya que hace 50 años no se hubiera pensado que podría fabricarse un medicamento con estas características.

La diferencia estriba en que, muy pocas personas tienen acceso a este tipo de medicina, es decir a la mayor parte de la población que se reconoce como enferma neurocrónica le es difícil acceder a él, por muchas razones, en primer término, el costo de la misma medicina, y en segundo, la falta de información con la que cuente el sujeto.

Esta investigación tiene alcances y limitaciones. Existe una interacción con los modelos médicos que brindan atención en salud al individuo, a través de los estudios tan específicos que se llevan a cabo para el diagnóstico de este malestar desmielinizante.

La definición más acertada que sirve de apoyo al diagnóstico inicial del malestar, deriva de la ayuda de los instrumentos que apoyan al galeno para realizar los diagnósticos pertinentes en cuanto a tratar de dejar claro el malestar que aqueje al individuo enfermo.

Tal vez, él médico no tenga en sus manos las suficientes herramientas para poder lidiar en un sentido estrictamente holístico y transmitírselo al paciente.

En primera instancia, en casos extremos en pacientes con EM que han de luchar contra el estigma del otro, es decir, el paciente, es presa de comentarios hirientes, humillantes, respecto de su cuerpo, porque un alías que se la ha colocado a esta patología que es el de la “enfermedad inteligente”, ya que algunos sujetos diagnosticados, a simple vista parece que su homeostasis es normal, aunque el equilibrio interno del cuerpo esta desajustado.

La mayoría de la población aquejada con alguna patología crónica, nerviosa o terminal, tiene acceso a las medicinas “especiales”, las condiciones socioeconómicas de la misma, se encuentran fuera de su alcance, cuyo precio es demasiado costoso, sobretodo si el sujeto afectado no se encuentra asegurado, tiene un doble problema, ya que en primer lugar se le ha diagnosticado un mal incurable y en segundo, el costo para que el tratamiento sea oportuno, que en lo ideal, debe de ser lo antes posible.

Esta variable, del tiempo en el análisis, es de suma importancia, ya que lleva implícitas variables que integran el constructo del sistema complejo de la enfermedad; como ejemplo rápido, los estudios tan precisos que se hacen,

hace 50 años no se efectuaban en el país, y ahora se llevan a cabo en personas de las que se sospeche estén afectadas por la EM en muchos centros de atención.

Sin embargo, cuando se realiza cualquier estudio social, de un padecimiento neurodegenerativo, debe de tomarse en cuenta una clara percepción sociohistórica y crítica al respecto, ya que brindará un punto de partida del objeto a estudiar, aunque este se encuentre definido por el Sistema Médico Hegemónico,

El contenido de esta tesis se ha estructurado de la siguiente manera:

En el capítulo 1 se define qué es la EM, cuáles son sus antecedentes, la etiología de la enfermedad propuestos por Menéndez. Así también se muestra la presencia de la misma en el contexto europeo y en el continente americano; y los estudios que se requieren para su diagnóstico.

En el capítulo 2 se aborda una integración explicativa de conceptos y fundamentos que nos permiten ubicar a la EM como una enfermedad crónica degenerativa, y se aborda desde 2 enfoques:

- a) Psicogénesis. Propuesta por Elías: “Los procesos de psicologización creciente de las relaciones interpersonales, entendidos como estudio del otro, sus reacciones y sus manifestaciones en la medida en que puedan revertirse” (Girola et al: 2003: 337).
- b) Sociogénesis. Que define a las relaciones del paciente con su enfermedad en vinculación a la cultura, aspectos sociales y aspectos económicos.

Para ubicar a este padecimiento como un fenómeno complejo cargado de símbolos, síntomas y signos.

En el capítulo 3, se presenta la propuesta del abordaje de la EM como un sistema complejo, desde los tres modelos médicos:

- a) Modelo Médico Hegemónico (MMH).
- b) Modelo de Medicina Complementarias o alternativas. (MMC).
- c) Modelo de Autoatención (MMA).

Se incorpora la definición y opinión del sistema de expertos, como una alternativa viable para atender los problemas que surgen como consecuencia de la EM.

Un factor importante, es el tiempo de atención en la enfermedad, ya que al diagnosticar la patología, debe de brindarse al enfermo un tratamiento multidisciplinario que esté constituido por: neurólogos, psicólogos, expertos en terapia física, logopedas, defectólogos, médicos en Acupuntura, una gama amplia en el trato al paciente afectado, podría mencionarse un sistema complejo en la atención en salud, o un grupo de investigación en salud.

Resaltar que la propuesta es encaminada al trato para un paciente con una enfermedad neurocrónica, es decir implementar logística en medicina para formar grupos multidisciplinarios que le brinden atención al sujeto enfermo, pero esa transformación será en un futuro cercano, ya que la población con EM en el país esta en aumento de manera visible.

I.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

1.1 Aparición de la Esclerosis Múltiple

Se debe de realizar una revisión sociohistórica del surgimiento de este mal, ya que representa un factor importante conocer los primeros casos de la patología, es así como González (1998), propone que este fenómeno tuvo los primeros inicios en la civilización nórdica, y su capacidad de expansión mediante conquistas en el mundo antiguo.

“Las costas de Sicilia están sembradas de torres de vigilancia contra posibles invasores. Esa madrugada el vigía se quedó dormido y el barco vikingo llegó antes de que los habitantes de la aldea pudiesen huir” (González: 1998:11). Esta poderosa raza, en su época de esplendor fue insuperable tratar de oponérseles. Dos nombres resaltaron dentro de este imperio, el primero de nombre Ragnar (jefe de esta civilización), a pesar de la gloria que poseía de conquistas y batallas, gobernaba sentado en su silla de ruedas hacía ya más de 10 años, mientras que su hijo Guntar (principal dirigente de los ejércitos), se afirmaba que él y los de su raza expandieron la predisposición genética a la Esclerosis Múltiple. La prima de este heredero del reinado vikingo fue Sigrid de Escocia, la cual empezó a caminar como si estuviera borracha. Lo anterior es una teoría de las tres que se manejan del surgimiento de la patología desmielinizante, que más adelante se mencionará a detalle.

“La primera persona con probable esclerosis múltiple había nacido en Holanda en 1380, se hizo monja y después fue santa. Durante 37 años, Santa Lidwina von Schiedham sufrió síntomas neurológicos que empeoraban a temporadas, y que indicaban lesiones en múltiples zonas del sistema nervioso”. (González: 1998:16). Se había comenzado a gestar la visión analítica del individuo que se encarga de practicar la medicina, es decir los principios básicos de todo buen galeno, la observación, de una persona en este caso que se percibía enferma. Se percibía el surgimiento de un nuevo mal, que era desconocido todavía para el hospitalario. De igual manera, las técnicas de diagnóstico se hallaban en

crecimiento, para brindarle al clínico una percepción más a detalle en el diagnóstico del mal que la aquejaba al sujeto enfermo.

Sin embargo, se puede referir que la historia oficial del surgimiento de la Esclerosis Múltiple en el mundo, “se inició a mediados del siglo XIX, cuando Robert Carswell y Jean Cruveilhier, dos médicos europeos, comenzaron a escribir sus observaciones sobre una nueva enfermedad” (Moreira, et al: 2002). Cuando aparece esta curiosidad del galeno al analizar el cuerpo del otro de una manera metódica, esta racionalidad se había comenzado a fragmentar en áreas específicas de estudio que se conocen en la actualidad, observar de una forma más detallada características que sólo pueden presentar algunos sujetos reconocidos como enfermos. Mientras este saber médico tuvo su desarrollo de manera gradual, en otras regiones, es decir ya se hace referencia del siglo antepasado. “El que definió con claridad los síntomas de esclerosis múltiple fue Jean Marie Charcot. La separó de la esclerosis lateral amiotrófica a la que sólo se parece con el nombre” (González: 1998:18). Es un padecimiento neurocrónico similar, pero difiere de manera significativa, ya que la E.L.A, (Esclerosis Lateral Amiotrófica), afecta a las neuronas motoras del organismo, mientras que la E.M, daña el sistema nervioso central. Un personaje famoso que padece E.L.A es el reconocido físico teórico Stephen W. Hawking, en la figura 1 es mostrada su imagen.



Figura 1. Stephen W. Hawking. Tomada de Cohen Stewart.

Con el avance en biología molecular, se tienen más innovaciones que hace 60 años no existían en cuanto al diagnóstico de algún mal que sólo con estudios de Resonancia Magnética¹ puede hacerse visible al médico, o si se trata de alguna sospecha de tumor ubicado en cerebro con la tomografía axial computarizada² (conocida en el ambiente hospitalario como TAC) puede evidenciarse dicha presencia o ausencia del malestar que el hospitalario tenga a especulación.

Como es bien sabida la EM, es uno de los padecimientos de la nueva era, es decir de difícil prescripción todavía, pero se tiene ya certeza de que se cuenta con los instrumentos necesarios para su diagnóstico preciso en la mayoría de los casos.

En la actualidad, surge un dilema, ya se cuenta con la biotécnica para detectar enfermedades o padecimientos que antes eran difícilmente perceptibles para los profesionales de la salud, debe se debe saber el por qué se generó dicho padecimiento, es decir que variables van inmersas para el desarrollo de dicho malestar; se cuenta con tratamientos también, pero el origen está en especulación científica constante, hay diversos manejos que tratan de aclarar el surgimiento de esta enfermedad crónica, son válidos, pero todavía no hay comprobación de tales postulados.

Las técnicas en biomedicina han continuado con su avance, eso representa una herramienta importante, el saber que pueda conocerse en algún momento lo que ha originado el desarrollo de este padecimiento neurodegenerativo.

¹ La resonancia magnética es el más reciente avance tecnológico de la medicina para el diagnóstico preciso de múltiples enfermedades, aún en etapas iniciales. Está constituido por un complejo conjunto de aparatos emisores de electromagnetismo, antenas receptoras de radio frecuencias y computadoras que analizan datos para producir imágenes detalladas, de dos o tres dimensiones con un nivel de precisión nunca antes obtenido que permite detectar, o descartar, alteraciones en los órganos y los tejidos del cuerpo humano, evitando procedimientos molestos y agresivos como melografía (punción lumbar), artrografía (introducción de medios de contraste en articulaciones) y otros que involucran una agresión o molestia para el paciente.

² En Medicina, método de exploración por resonancia que permite el estudio de imágenes en distintos planos de cualquier órgano o estructura del cuerpo. Su abreviatura es TAC.

1.2 ¿Qué es la Esclerosis Múltiple?

La Esclerosis Múltiple, se concibe como una enfermedad autoinmune, ya que las células de defensa del cuerpo empiezan a atacar al propio organismo, donde se ve afectado el sistema nervioso central (cerebro, cerebelo y medula espinal). Todavía no se cuenta con una posible cura para dicho mal. Esta conceptualización del daño más a detalle es definida como sklerós-o-sis que significa, “Endurecimiento patológico de un órgano o tejido” (Cortés G: 2000:57). Ya que al venir las recaídas o brotes es decir, el ataque agudo del padecimiento, las lesiones que deja en el tejido nervioso son en forma de costra interna, mientras que el otro término múltiple, se debe a los daños localizados y las cuales se enfocan en diversas áreas del cuerpo.

En otros términos, este malestar puede definirse como una enfermedad desmielinizante, es decir, la vaina que recubre al axón de las neuronas, comienza a desgastarse, relacionado al nivel de deterioro, si este es muy grande serán lo agudo de los síntomas como por ejemplo, si una recaída de la enfermedad daña severamente los nervios a nivel lumbar, entonces el paciente ya no podrá caminar más, es decir el estado del daño que llegue a originar lo dejará imposibilitado para efectuar la marcha o actividades por sí mismo.

A la EM se le puede clasificar dentro de las enfermedades sociales, porque no solamente trasciende al sujeto enfermo; se le ha hecho mucha investigación al respecto, tantas definiciones que se le han otorgado como, la enfermedad de la gente joven, la enfermedad inteligente, la enfermedad rara (catalogada así por la OMS en 2005), esta última se conoce así, ya que en la mayoría de los individuos diagnosticados, los primeros síntomas pueden confundirse con otra patología, como un tumor dentro de la médula espinal, depende de los indicios que el sujeto manifieste, además, hoy día no se han encontrado explicaciones contundentes del surgimiento de dicho malestar crónico, hay propuestas pero aun no existe una certeza del origen de este mal.

Existen ya, ciertas tesis válidas como lo comenta el neurólogo español Rafael González: “La Esclerosis Múltiple es, una enfermedad profusa (muy extendida y frecuente) pero no ecuménica (no se da en todas partes)” (González: 1998:23). Se pudo afirmar que esta validación se ha dado con el desarrollo de las técnicas en biología molecular.

En la misma medida, con la división de las ciencias médicas, se ha podido conocer otra definición de la patología, en el mismo sistema de atención al paciente, en caso específico se hablan de logros descritos por una transnacional farmacéutica. “La EM o esclerosis en placas es una enfermedad del Sistema Nervioso Central (SNC). Lesiona la vaina protectora de las fibras nerviosas (mielina) influyendo negativamente sobre las funciones motoras, la sensibilidad, el equilibrio, la palabra, la visión y el control de los esfínteres” (Schering: 2001:5). La definición anterior es más generalizada, ya que si se analiza el discurso, se vincula directamente con los síntomas que aparecen en el curso del padecimiento.

Con la modernidad, se ha originado una salida al mercado farmacéutico, un fármaco que se puede aplicar por vía oral, no inyectado, como era común el recurso económico, que es escaso en países en vías de desarrollo, tienen dificultades para medicar a todos los pacientes con EM debido al alto costo del producto.

En la actualidad, se ha desarrollado una multiplicidad de proyectos que se encaminan a poder desentretelar el misterio que representa aún esta enfermedad desmielinizante.

Aunque, se tiene el conocimiento de tal malestar neurodegenerativo desde el siglo pasado en el país, sin embargo su frecuencia va en aumento. Estas afirmaciones, son tomadas de diversos expertos en el área médica, que a su vez generan una crítica, en cuanto a la difusión por todos los medios de comunicación masiva, es decir en la radio, en televisión, en los diarios, revistas, incluso una herramienta muy poderosa que es el internet, al mencionar el desarrollo en las ciencias de la informática.

Un dato interesante que tiene importancia comentar es, que en Francia la patología se conoce como Esclerosis en placas, los ingleses hablan de una Esclerosis diseminada; mientras que los americanos la denominaron Esclerosis Múltiple.

En la figura 2, muestra la imagen de un famoso poeta alemán que padeció la enfermedad durante el siglo XVIII, llamado Christian Johan Heinrich Heine. “Además, concedió al idioma alemán una elegante sencillez nunca antes conocida. Heine fue en algunas ocasiones querido y a veces temido debido a su comprometida labor como periodista crítico, político, ensayista, escritor satírico y polemista” (abdem.mforos.com/205274/9066335-**heinrich-heine-poeta-aleman**, 2011).



Figura 2. Heinrich Heine. Tomada de abdem.mforos.com/205274/9066335-**heinrich-heine-poeta-aleman**/. 2011.

1.3 Explicación sobre la Génesis de la Esclerosis Múltiple

En los puntos anteriores, se hizo énfasis en la conceptualización de este mal neurocrónico, por algunas dilucidaciones de científicos ya revisados. Como ejemplo, el neurólogo español Rafael González, miembro del Comité de neurociencias de la Universidad de Granada, quién propone: “La esclerosis múltiple es una enfermedad inflamatoria del sistema nervioso central (cerebro, cerebelo, tronco encefálico y médula espinal). En la sustancia blanca³ se destruye la mielina, un aislante que envuelve las fibras nerviosas largas (axones) y que sirve para que los impulsos eléctricos se transmitan mejor” (González: 1998: 27). Con la modernidad, se han propuesto tres posibles teorías explicativas del origen de este malestar.

Tiene un fondo hereditario. Este postulado se mantiene, ya que diversos genetistas han concluido que el sujeto que desarrolla Esclerosis Múltiple lleva en su información genética cierta predisposición a desarrollar este mal crónico, que por factores externos provocan su activación. A grandes rasgos, es una deficiencia que presenta una fracción de genes encargada de regular el sistema Inmunológico: al tener alguna alteración en las células afecta directamente todo lo relacionado al equilibrio del sistema de defensas en el cuerpo. Además, los casos ya citados de los vikingos parecieran abonar dicha hipótesis.

Puede ser por virus.- La propuesta infectológica, recientemente ha tenido más preponderancia, por su innovación que le han brindado científicos mexicanos, relacionada al descubrimiento del posible virus que pueda desencadenar. Uno de los descubridores afirma, “El doctor Julio Sotelo, con quien colaboro, lleva muchos años trabajando en este tema. Él contaba con pruebas bioquímicas en sangre periférica que sugerían que había una infección viral asociada a los brotes de esclerosis múltiple” (Flores: 2008). La anterior aseveración afirma que presencia de virus en el sujeto favorece a un posible

³ En el sistema nervioso central se distingue una sustancia gris (corteza cerebral, ciertos núcleos y centro de la médula) donde se sitúan los cuerpos de las neuronas con sus dendritas (las prolongaciones cortas) y una sustancia blanca, la zona que atraviesan los axones o prolongaciones largas, formando vías ascendentes (sensitivas) o descendentes (motoras).

desarrollo de Esclerosis Múltiple, pero no es la totalidad explicativa, sólo una parte, de los elementos que constituyen al malestar desmielinizante. Brindarle su carácter subjetivo, ya que cada paciente es un todo.

Puede ser por bacterias.- Es un reto para el profesional de la salud tratar de encaminar sus propuestas a un fin específico. “Una vez que la *candida albicans* y sus subproductos han entrado al torrente sanguíneo, debilitan al cuerpo de tal forma que las víctimas se pueden convertir en presa fácil de enfermedades más graves como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide, la miastenia gravis, la colitis, la ileitis regional, la esquizofrenia y posiblemente la muerte por septicemia⁴ debida a la cándida” (Boroch: 2008:116).

Las tres teorías ya mencionadas, pueden vincularse a muchas variables sociales, como la situación geográfica, el medio ambiente, la susceptibilidad genética que el sujeto enfermo lleva inserto en su sistema inmunológico y es un factor importante para que desarrolle esta neuropatología, además del país del cual se trate se ajuste en la mayoría de los casos a descripciones geográficas específicas, pueden trazarse diversas situaciones sociales para poder identificar en forma precisa el tipo de Esclerosis Múltiple de la cual se habla, es decir con los instrumentos biotécnicos de diagnóstico precisos más la evolución que el sujeto enfermo manifieste. Se ha establecido por parte de Federación Internacional de Esclerosis Múltiple un atlas donde se especifica las regiones con más alta prevalencia de enfermos a nivel mundial y por continentes, un trabajo muy bien elaborado.

Es importante conocer los datos más actuales de incidencia de la EM no sólo a nivel global, si fuera posible tratar de saber el índice de enfermos en México, así el sistema nacional de salud adoptaría políticas específicas en cuanto a clasificar este mal neurodegenerativo por sí solo, ya que se habla de una amplia gama de variables que intervienen e interactúan en el desarrollo. “Los estudios epidemiológicos hablan del número de casos “nuevos” que aparecen

⁴ Dícese de una infección generalizada por virus o bacterias en el organismo del afectado.

cada año (incidencia) y del número de casos que hay en un momento determinado (prevalencia)” (González: 1998: 24). Aunque, en México, no hay una diferenciación establecida de las enfermedades crónicas, las neurocrónicas, las terminales, o sea, la Diabetes Mellitus, Esclerosis Múltiple, cáncer, respectivamente. Los sujetos encargados de brindar los servicios de salud podrían poner en marcha políticas directamente relacionadas a las personas aquejadas por estos tipos de enfermedades en el Distrito Federal.

Una buena orientación de las estrategias médicas que, hasta hoy día no se han tenido en la capital, pero en otras zonas del interior de la república se han comenzado a realizar estudios de prevalencia de personas afectadas por Esclerosis Múltiple, como en “el municipio de Garza García, pertenece al estado de Nuevo León, el cual colinda con la frontera de la región sur del estado de Texas, en Estados Unidos de América, tiene una prevalencia de EM en su región sur de 100 casos por cada 100,000 habitantes” (De la Maza: 2006:7). Esto sugiere, y a la vez confirma que la situación geográfica es una variable importante en los estudios epidemiológicos⁵ de Esclerosis Múltiple, es decir contabilizar de manera específica a las personas afectadas con la patología, este seguimiento clínico debe de avalarse en primera instancia por el grupo interdisciplinario de expertos, es decir los neurólogos.

Previo diagnóstico de la persona enferma, se hace evidente la relación cara a cara con el sujeto percibido como paciente y su médico que, debiera de ser los más cordial posible, dejar en segundo plano el trato paternalista que le brinda el segundo, permitir la libre elección que debe de tomar el sujeto afectado con la patología desmielinizante.

El siguiente apartado, muestra la prevalencia nivel mundial de EM en Europa, América y a nivel mundial.

⁵ Los estudios epidemiológicos nos hablan del número de casos “nuevos” que aparecen cada año (incidencia) y del número de casos que hay en un momento determinado (prevalencia).

1.4 Morbilidad de la Esclerosis Múltiple en Europa, América y a nivel mundial.

Los primeros casos de Esclerosis Múltiple que surgieron en el mundo, ya se han mencionado. Sin embargo la distribución geográfica concuerda con las teorías que el sistema de expertos han propuesto, entiéndase los científicos naturales junto con participaciones como son, la Federación Internacional de Esclerosis Múltiple, de la cual se ha originado un atlas que muestra la distribución geográfica del padecimiento visualizada por regiones (ver figura 3), países junto con sus tasas de incidencia.

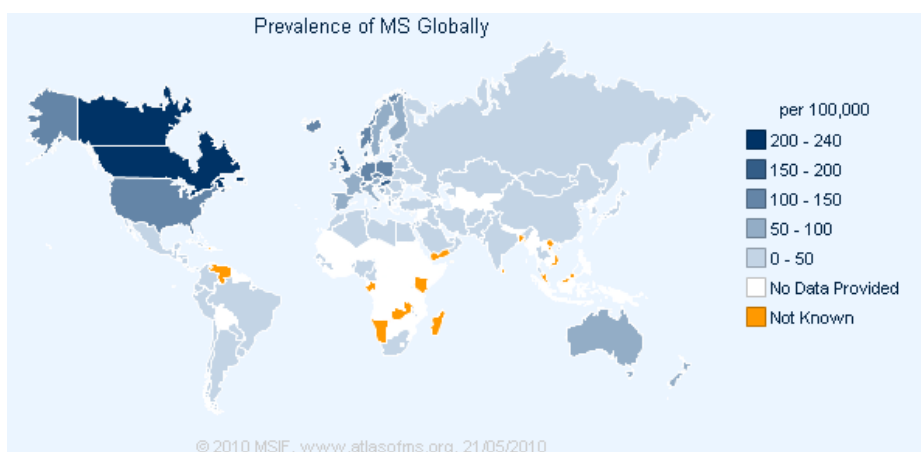


Figura 3. Morbilidad de la EM en Europa, América y a nivel mundial. Tomada de Multiple Sclerosis Internacional Federation_(MSIF) 2008.

Se percibe que los índices más altos están ubicados en países donde el clima frío es predominante, se muestra a Canadá, Groenlandia, mientras que en Europa sobresalen países como: Inglaterra, Escocia, Noruega una parte de Finlandia, y Francia, debe de entenderse que este surgimiento en determinadas regiones se ha dado por la distribución genética que se originó por las conquistas o colonizaciones, primero de la civilización vikinga para con los Ingleses, de los Ingleses hacia los árabes, de los árabes a los españoles, finalmente la invasión española para América, donde en el siguiente mapa se muestra este índice de regiones con los casos más altos de enfermos, en específico de México, ya que muchos migrantes europeos llegaron a varios

Estados de la República mexicana durante el siglo XIX, de lo cual sus descendientes han manifestado este mal.



Figura 4. Morbilidad de la EM en el país. Tomada de Multiple Sclerosis Internacional Federation (MSIF) 2008.

Es por ello que, las teorías o propuestas explicativas que pudieran dirigir alguna causa que sugiriera la génesis de la enfermedad en la actualidad no se ha encontrado, al igual que las desigualdades económicas impiden a un buen número de la población en México un tratamiento adecuado para este padecimiento neurodegenerativo que le aqueja. En la literatura coincide con la opinión de los expertos, muestra que, mientras se viva más lejos del ecuador, la persona está más predispuesta a manifestar Esclerosis Múltiple, es un estudio varias veces ya demostrado, y comparado.

En los cuadros 1 y 2, se muestra el total de enfermos: en el primero se presentan agrupados países europeos que presentan la tasa más alta de sujetos con EM, en segunda medida naciones de América, se comprueba la situación geográfica en una de las muchas variables inmersas en el surgimiento de este mal.

PAÍSES EUROPEOS	TOTAL DE ENFERMOS CON EM
Alemania	122 000
Austria	6 000
Bélgica	9 093
Bosnia y Herzegovina	1 300
Bulgaria	4 000
Croacia	3 500
Dinamarca	7 500
Eslovaquia	8 400
Eslovenia	3 000
España	40 000
E.U.A	400 000
Estonia	1 500
Federación Rusa	250 000
Finlandia	6000
Francia	80 000
Grecia	9 000
Holanda	16 000
Hungría	20 000
Inglaterra	100 000
Irlanda	10 000
Italia	54 000
Lituania	4 629
Luxemburgo	450
Rumania	8 000
Serbia	4 500
Suecia	13 000
Suiza	9 000

Cuadro No.1. Total de enfermos de EM en Europa. Tomada de Multiple Sclerosis Internacional Federation (MSIF) 2008.

PAISES LATINOAMERICANOS	TOTAL DE ENFERMOS CON EM
Argentina	6 000
Barbados	70
Brasil	30 000
Canadá	50 000
Chile	2 500
Colombia	2 000
Costa Rica	300
Cuba	2 000
Ecuador	159
Guatemala	300
Honduras	200
México	6 800
Nicaragua	100
Paraguay	318
Perú	1 200

Cuadro No. 2 Total de enfermos con EM en América. Tomado de Multiple Sclerosis International Federation (MSIF) 2008.

En los cuadros comparativos anteriores, se muestra de manera clara la prevalencia de esta patología desmielinizante. Se observa la localización del territorio de Inglaterra, es una región situada al norte de Europa, donde la mayoría del año el clima es frío, con lluvias, si se hace la comparativa con Brasil, país catalogado en el Atlas mundial de la Esclerosis Múltiple como sudamericano, se toma en cuenta otro factor importante, esta región como muchas otras de América Latina, durante el siglo antepasado fue poblada por migrantes, aunque arribaron conquistadores desde el siglo XV.

Se particularizo, que fueron en un principio portugueses y españoles, (anteriormente conquistados por la civilización vikinga) esa mezcla europea de genes se asentó en los individuos que forman parte de la sociedad actual.

Entonces, se pudo resumir que los índices ya descritos, pueden aseverar, las hipótesis del origen de esta patología nerviosa; la existencia de una predisposición genética involucrada, pero no se descarta la ubicación geográfica como ya fue mencionada en el ejemplo anterior, la dieta, también es una determinantes en la prevalencia de Esclerosis Múltiple, que pueden combinarse con las tres teorías que sostienen los investigadores del surgimiento de esta patología, que aún es desconocida su génesis u origen, pero se han efectuado diversos ensayos clínicos relacionados a desentretrejer un poco la etiología del mal neurodegenerativo que, todavía presenta un misterio para el propio científico natural.

Lo trascendente es que, las técnicas en Biomedicina, están en constante investigación, sobre algunos aspectos claves, que puedan mejorar la calidad de vida en un enfermo.

1.5 Tipos de E.M y los estudios para el diagnóstico

La EM, es uno de varios padecimientos, de difícil prescripción, aunque existen los instrumentos necesarios para un diagnóstico eficaz en la mayoría de los casos, su diagnóstico se retrasa. En la Sociedad Mundial de Medicina esta patología se ha dividido en 4 tipos o formas según su evolución; como se muestra en el cuadro 3.

TIPOS DE LA EM	FORMAS DE EVOLUCIÓN
Esclerosis Múltiple Benigna	Se presenta con una o dos recaídas en el curso del diagnóstico y ya no vuelve a aparecer.
Esclerosis Múltiple remitente-recurrente	La persona pasa por periodos agudos llamados recaídas o brotes, el mal puede permanecer inactivo durante meses o años.
Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva	El progreso es lento pero constante, no hay síntomas de recaídas, solo un lento avance del deterioro de las funciones corporales, los daños originados son evidentes por la dependencia física que se ha generado durante la evolución.
Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva	Presenta un avance más agudo y constante, siendo nombrada del tipo galopante.

Cuadro No.3 Construcción de los tipos de EM, en base a la lectura de: Schering Ploug. “Aspectos psicológicos de la EM” 2001.

Respecto a lo anterior, con el avance de las técnicas en biomedicina, los estudios específicos para diagnosticar este trastorno neurocrónico, son:

RMN de cráneo.- Este ensayo clínico como ya se mencionó, se utiliza para observar a través de pequeños cortes o trozos de manera digital, las lesiones que han dejado las recaídas en cerebro desde diversos ángulos de percepción. Se muestra en la figura 5 una imagen de tal estudio.

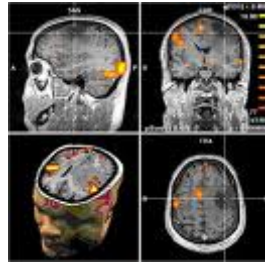


Figura 5. Resonancia magnética de cerebro. Tomada de ingbiomedica.wordpress.com. 2010.

RMN de médula cervical.- Se utiliza como la anterior para observar por medio de imágenes las lesiones que dejó como secuela el malestar neurológico, pero en el trayecto de la médula espinal solamente, al igual que la anterior es muy útil, ya que hace un escáner de varios ángulos en el trayecto de la médula. En la siguiente fotografía se muestran las lesiones que ha dejado un ataque o recaída de la enfermedad. En la figura 6 de observa el daño a la médula espinal del sujeto.



Figura 6. Resonancia magnética de medula cervical. Tomada de shuangyi.com.mx 2010.

Estudios electrofisiológicos.- Pruebas que determinan la velocidad con la que conduce la estimulación eléctrica mandada de cerebro a los nervios de las piernas, conocida en el círculo de salud como: extremidades inferiores. En la figura 7 son mostrados dichos estudios.



Figura 7. Estudios electrofisiológicos a un paciente con EM. Tomada de decristinamoran.comyr.com 2010

Potenciales Evocados (PEV). Son análisis que se encargan de corroborar de una manera específica el daño que se ha originado en los nervios ópticos (ojos), en los nervios auditivos (oídos), donde queda registrada la información de los impulsos eléctricos en la computadora, misma que predice el daño a nivel nervioso que ha dejado el padecimiento en su fase aguda o recaída. En la figura 8 se muestra los aparatos utilizados para esta prueba.



Figura 8. Estudios de Potenciales Evocados que se realizan para la EM. Tomada de, magbaneurodigital.com 2010

Punción Lumbar (LCR).- es un método diagnóstico utilizado para la extracción del líquido que invierte el espacio entre la columna vertebral y la médula espinal, en donde el paciente debe adoptar una postura llamada fetal, haciendo más fácil la extracción de esta secreción. La figura 9, ilustra muy bien la manera en que el neurólogo realiza este estudio, con el fin de extraer del cuerpo del paciente enfermo células de la defensa llamadas linfocitos T.



Figura 9. Estudio de punción lumbar, una de las pruebas importantes para diagnosticar la EM. Tomada de, medtempus.com 2010

En resumen puede afirmarse que, debido al avance de las técnicas en biomedicina va de la mano con el desarrollo de la Biotecnología moderna, es decir, se tiene entendido que al usar por primera vez la Ingeniería Genética, se habla de una biotécnica reciente, descrita por algunos autores como de tercera generación, que implica diversidad de áreas científicas, las cuales en sus prácticas ocupan como instrumento el ADN recombinante; se han vislumbrado ventajas en cuanto al diagnóstico de patologías de difícil detección, un avance que hace 60 años no se tenía contemplado.

La biotecnología, en su variante de biología molecular, es una de las áreas que a últimas fechas ha brindado soluciones rápidas a problemas de salud, hasta problemas industriales, ocupando cepas de bacterias genéticamente modificadas para llevar a cabo una función específica como la producción de insulina humana a partir de la bacteria *Escherichia coli*, ya que la velocidad de su duplicación es cada 20 minutos, donde se beneficia al ramo farmacéutico e industrial al mismo tiempo. Aunque hay una intervención de la ingeniería genética, porque la insulina es una proteína natural que genera el ser humano

en condiciones normales de salud, ahora existe la facilidad de poder elaborarse en grandes cantidades.

Las enfermedades, han estado en constante cambio, a partir de que se descubrió el genoma humano, la ingeniería genética tuvo un papel relevante en esas transformaciones, Rojas Espinosa define: “Cuando los mecanismos de homeostasis se alteran, la célula puede modificar alguna o varias de sus naturalezas. Todas las características de una célula están interrelacionadas de manera que una modificación en alguna de ellas repercute en las demás, aunque en grados muy variables” (Rojas Espinosa, 1996: 175).

De lo anterior puede definirse el principio de una **mutación**, puede ser por un agente natural como una bacteria, un virus o un químico, los cuales causan daños latentes a largo plazo. El cáncer es una enfermedad que ilustra claramente el crecimiento anormal de las células, en cierta medida puede definirse como una patología autoinmune.

Al caso de la EM la etiología representa una caja de Pandora para el propio científico natural, enfrentar a un paciente diagnosticado, aún no existe una epistemología médica única ni concreta en relación al origen de la EM, los científicos y filósofos se percataron del hecho de que la demostración científica no solo podía ser deductiva. Demostramos muchos conocimientos y teorías gracias a la observación, experimentación, la inducción, y en numerosas ocasiones mediante una combinación de ellas” (Hernández: 2005: 21). Con las ciencias médicas ya muy fragmentadas se demuestra que dentro de los modelos de atención en salud hacia un sujeto enfermo crónico degenerativo hay una multiplicidad de teorías respecto de la causa u origen de su enfermedad.

El individuo que se dedique a las prácticas de salud cuenta con una poderosísima herramienta para confirmar alguna observación clínica complicada con un simple estudio exploratorio, aún así se observa una politización en la medicina, es decir con el pensamiento de Beck, según su autoconcepción declarada, la medicina sirve para la salud; pero en realidad ha creado circunstancias totalmente nuevas en relación del hombre consigo

mismo, con la enfermedad, con los sufrimientos y con la muerte, e incluso ha transformado el mundo (Beck: 2006).

La clara monopolización del conocimiento, en la particularidad del saber médico, ha generado visibles desigualdades sociales, hay que dejar claro un sesgo al respecto de la sociedad mexicana y las colectividades europeas, porque las primeras se han catalogado como en vías de desarrollo mientras que las segundas se identifican como naciones desarrolladas.

Si se lleva el postulado social al caso particular de la medicina pública en México perdería su valor, ya que las realidades sociales son muy distintas, al igual que las identidades regionales⁶ que se desprenden, porque dentro de esta concepción de identidad nacional van implícitas una diversidad de variable sociales, como la pertenencia, el sistema de usos y costumbres, el marco de referencia, etc.

¿Qué pasa en la mente del sujeto que se reconoce como enfermo de Esclerosis Múltiple?, al parecer se transforma su vida en 365 grados, su identidad individual se reconfigura visiblemente, puede sugerirse una explicación de identidad ya que el individuo enfermo esta inserto en una sociedad subdesarrollada, de aquí salta a la vista el termino identidad individual Giménez propone que “la identidad es una creación colectiva, cultural, en continuo devenir, la identidad es creatividad permanente, exploración incansable” (Giménez: 2000: 72). El autor postula la reconfiguración constante del término identidad, llevada a esta situación en concreto, el sujeto antes reconocido como un ser sin enfermedad ahora su yo se ha transformado con la identificación de enfermo crónico.

Aunque: “Hay ciertos humores en la humanidad que por la fuerza deben hallar desahogo. La mente y el cuerpo humanos se ven, ambos, sometidos naturalmente a conmociones” (Sontag: 1996: 78). Se percibe claramente el dilema en que se sitúan los enfermos crónicos dando una visión macro, buscan

⁶ La identidad regional es la imagen que los individuos y los grupos de una región moldean en sus relaciones con otras regiones. (Giménez Montiel Gilberto. *Teoría y análisis de la cultura*. Vol. 2. México 2000).

de alguna manera cobijo o protección por así decirlo del médico, referido al tratamiento que este último pueda brindarle.

Si se entra a la particularidad del país, se tiene que un habitante de la zona rural más pobre en Guanajuato aquejado por Esclerosis Múltiple no tendrá los mismos beneficios de ser tratado con rapidez y eficacia que una persona que habita en la ciudad, y algo primordial que tenga seguro social. “en primer lugar asumimos que en las sociedades latinoamericanas actuales existen muy diferentes formas de atención a la enfermedad que suelen utilizar diversas técnicas de diagnóstico, diferentes indicadores para la detección del problema” (Menéndez: 2003:186). Esta ambivalencia socioeconómica, desgraciadamente deja ver las malas políticas públicas en salud.

De igual manera, se brinda una perspectiva subjetiva en la propuesta sociomédica ya mencionada, respecto de las variables a tratar, ya que en un cierto espacio tiempo se encuentra ocupado un todo en el análisis, porque cada sujeto enfermo neurocrónico, es una situación específica en la atención, en el tratamiento, debido a la complejidad de la patología no se pueden establecer normas para generalidades, cada persona enferma es un todo, sobretodo por la variante de EM que curse.

“Con esto tampoco llegamos a la solución del problema. No hay ética en el mundo que pueda substraerse al hecho de que para alcanzar fines “buenos” haya que recurrir, en muchos casos, a medios moralmente dudosos, o por lo menos arriesgados; tanto más cuanto que son posibles las consecuencias laterales moralmente negativas y hasta existe gran probabilidad de que así sea.” (Weber: 2001:70).

En la actualidad, se ha perdido este sentido de gran valía para el sujeto, refiriéndose a los manejos en el campo biotecnológico en manos de las corporaciones, pero puede evitarse si se brinda más apoyo a los investigadores en el país, tomando conciencia del uso racional de las cosas. Es una propuesta demasiado ideal pero puede lograrse, eliminar el comportamiento depredador entre los sujetos, que se perciben en un ambiente de ganancias materiales como único éxito en su ciclo vital, desplazar la calidad de ser humano, esa visión ética al parecer ha quedado desechado, gracias al logro superficial, a

esa felicidad falsa. “La satisfacción ilimitada de todas las necesidades se nos impone como norma de conducta más tentadora, pero significa preferir el placer a la prudencia, y a poco de practicarla se sentir sus consecuencias” (Freud: 1975:21).

Se ha realizado un estudio para objetivar su utilidad global y se ha demostrado su eficacia: los pacientes que además del tratamiento médico ortodoxo siguen uno o más métodos alternativos tienen síntomas menos severos, mejor capacidad funcional y calidad de vida” (González: 1998: 218).

El galeno, deja la percepción abierta a los tratamientos de los dos modelos médicos, que si se implementan de forma correcta el sujeto que se percibe como enfermo neurocrónico, tendrá un mayor beneficio a largo plazo. De igual manera como en este análisis epistemológico se debe de establecer los niveles pertinentes de observación a los cuales pertenece este fenómeno sociomédico.

Hay tres sistemas de atención médica que se encargan de estudiar al sujeto que se percibe afectado de Esclerosis Múltiple, el principal es el Sistema Médico hegemónico, que ya se ha mencionado, pero también se desprende el sistema de medicinas complementarias o alternativas, en tercer plano el modelo de autoatención. González deja la percepción abierta a los tratamientos de los dos modelos médicos por el comentados, si se implementan de forma correcta el sujeto enfermo neurocrónico, tendrá un mayor beneficio a largo plazo.

“En la esclerosis múltiple necesitamos cuatro rehabilitadores, es decir, cuatro niveles de atención y actuación:

- Rehabilitar el cuerpo.
- Rehabilitar el alma.
- Rehabilitación social.
- Rehabilitar la casa” (González: 1998:181).

En lo ideal se puede construir este trato de manera holística, es decir la atención multidisciplinaria del grupo de expertos, incluida la familia, en la atención al paciente desmielinizante. Es una tarea, integral, que va a depender

del tipo de Esclerosis con la cual curse la persona afectada. “El habitual paradigma de la medicina occidental reconocerá que a pesar de que dos personas el mismo padecimiento deben ser tratadas de manera particular, en el entendido de que la historia de cada persona es única, que la salud rebasa el tratamiento del cuerpo físico y que es esencial atacar la raíz de los problemas” (Boroch: 2008: 20). Se habla de la subjetividad, en el trato a la persona enferma.

Por ello, se ha implementado en los futuros neurólogos de México que, “como componente fundamental de los servicios de salud, la función de atención médica comprende, el conjunto de actividades que, a través de medios directos e indirectos sobre las personas, promuevan la salud y permitan la prevención de las enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente”. (García Ramos: 2009: 6). Se ha formalizado una medicina social, pero a la vez el trato individualizado al paciente que cursa con una patología neurocrónica.

Se ha hablado de una percepción, más amplia con la cual debe de contar el futuro neurólogo, no sólo en el aspecto médico. “La mejor comprensión de la relación salud-enfermedad, fenómeno multicausal, en el cual sobre un sustrato biológico confluyen factores psicosociales, culturales, económicos y ambientales que lo explican, ha cambiado la situación de la investigación médica en las últimas décadas” (García Ramos: 2009: 6).

Se enlazan como realidades simultáneas estos diversos elementos que intervienen en el desarrollo de una enfermedad, sea esta cual sea. Se menciona, que las diferencias culturales entre el pueblo español y el de México son grandes, ya que se necesita en el país innovación en el tratamiento al sujeto enfermo.

Aunque, la patología por sí misma es un sistema denso, por diversos factores, económicos, sociales, médicos etc. “El habitual paradigma de la medicina occidental reconocerá que a pesar de que dos personas el mismo padecimiento deben ser tratadas como individuos, en el entendido de que la historia de cada persona es única, que la salud rebasa el tratamiento del cuerpo físico y que es esencial atacar la raíz de los problemas” (Boroch: 2008:

20). Esta investigación hace alusión a la complejidad que rodea a la enfermedad denominada Esclerosis Múltiple. Existe un factor importante en el desarrollo de la patología neurodegenerativa, y es, el periodo prolongado de estrés o tensión que experimenta la persona afectada, es uno de los factores detonantes en el desarrollo de la patología.

“Los pensamientos no residen solamente en el cerebro. En realidad, están en todas las células del cuerpo. Cada célula piensa y tiene su propia memoria. Tú cuerpo cambia con tus pensamientos y actos. Sin embargo, el cerebro, donde residen las emociones, el intelecto, la lógica, la creatividad, también mantiene el equilibrio en todos los sistemas de tu organismo” (Boroch: 2008: 104).

Esto nos habla, de que cuando un sujeto ha pasado por largo tiempo en una situación de estrés intermitente, es un factor que desencadena cualquier desorden biológico, la homeostasis en el cuerpo se rompe, esa comunicación mente y cuerpo se ve afectada.

En estados de ánimo en donde el cambio de sentimiento sea súbito o inesperado se generan cualquier cantidad de patologías crónicas. “Se ha demostrado que la depresión crónica suprime el sistema inmunológico, por lo tanto, la depresión crónica también conduce a padecimientos fisiológicos cuando el sistema inmunológico se encuentra suprimido durante un periodo largo de tiempo” (Boroch: 2008. 104).

A cualquier sujeto sano en el aspecto físico, se le ha recomienda, no tener episodios alterados de emociones, que pueden llegar a formar una patología como la que se ha tratado en esta propuesta teórica, donde se observa la intervención de una multiplicidad de elementos.

Qué sucede al contemplar la EM como un sistema complejo de análisis, la cual parte del sujeto enfermo en el enfoque individual y social. estará en la mente del sujeto que sustenta el rol de investigador en ciencias sociales como en ciencias naturales, se tendrá el afán de proponer percepciones analíticas, como en este caso en particular.

Es así, como: “En los pacientes tratados hay menos brotes y son menos intensos. Parece que también mejora la incapacidad final, pero en grado escasamente significativo. La incapacidad no depende de los procesos inflamatorios primarios sino de factores secundarios o independientes” (González M: 1998: 151).

Lo anterior deja ver la opinión de un miembro del sistema de expertos, el cual tras pruebas ya realizadas en la aplicación del interferón comprobó la eficacia del mismo en menor escala, porque no solo la evolución de la enfermedad depende de procesos biológicos, sino hay mas elementos que influyen en la estabilidad o la progresión a largo plazo del paciente, es por eso que se menciona que la enfermedad esta formada por una diversidad de variables, las cuales están en constante flujo y que forman parte de un sistema complejo de análisis, todo fenómeno que se analiza tiene una estructura complicada, la cual requiere trazar una visión integral que proponga una explicación, que sustenta esta propuesta médico social.

La inquietud investigadora que ha originado escribir sobre el fenómeno sociomédico de la Esclerosis Múltiple es, brindar información a personas afectadas con este mal, sobretodo la relación que se da entre el médico y el sujeto enfermo.

Para particularizar dicho análisis se realiza una construcción antropológica social de lo que es enfermedad al igual que cronicidad, como estos términos tienen una substancial connotación en el manejo del sujeto que padece dicho malestar.

Se requiere iniciar cualquier propuesta científica con el análisis sociohistórico pertinente. Es así como se tiene que, el sujeto ya había tomado consciencia de lo incomodo que era manipular su propio cuerpo, normas impuestas por el conjunto social de esa época, ya en el siglo XIV, Elías comenta:”muchas de las personas estaban enfermas. Algunas sufrían el mal español y era más peligrosas que los leprosos, según confiesa uno de los personajes de Erasmo.

Sin embargo lo que había resultado intolerable era entonces posible por esta ausencia de distancia entre los cuerpos, el cuerpo de otra persona no era algo embarazoso; no se sentía la necesidad de mantener distancias. Se trato de hilar lo anterior, el mismo Foucault comenta: “Los diferentes momentos del tiempo –jornadas, estaciones y edades- son también, en la misma perspectiva, portadores de valores médicos variados” (Foucault: 1984: 97).

El sujeto con la modernidad ha interiorizado los diferentes comportamientos que le indica el tiempo físico en que se halle inserto.

Al entrar en interacción el sujeto que representa el estatus de médico, en la actualidad se presenta esta observación:

“El médico ejerce su profesión dentro de un sistema social que le legitima. Asume roles que van más allá del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Sus observaciones se traducen en conceptos que implican relaciones sociales: manda, prohíbe, prescribe o recomienda” (Álvarez: 2009:1). Es una acción social totalmente subpolitizada, en un análisis médico, antropológico y social.

2.- INTEGRACIÓN EXPLICATIVA DE CONCEPTOS Y FUNDAMENTOS

El modelo operativo de la investigación es un esquema que muestra como fue desarrollada esta tesis y los autores que fueron fundamentales los conceptos que se vierten en esta investigación (Figura 10). Este modelo muestra como el sistema de expertos de la Esclerosis Múltiple. La percepción de la Psicogénesis en un trabajo multidisciplinario y articula la Antropología y la medicina a partir de visiones sociomédicas como Álvarez y Sevilla, ya lo han descrito anteriormente.

Específicamente, el Modelo Médico Hegemónico propuesto por Eduardo Menéndez: Es una propuesta sociomédica, la cual es un punto de partida fundamental para la construcción del Modelo Operativo propuesto en esta tesis. El autor propone que existe en todo sistema medico tres tipos de atención. 1. La medicina Institucional denominado por el autor como Modelo Medico hegemónico (MMD),

2. Las Medicinas Complementarias (MC) y 3. La Medicina de auto atención. Desde esta propuesta el autor vislumbra que los tres modelos médicos no son excluyentes entre si sino todo lo contrario, que funcionan para dar respuesta a las necesidades de cada sujeto enfermo. Por ejemplo un enfermo de cáncer diagnosticado a tiempo puede ser atendido y tratado.

- ❖ En un hospital y con médicos titulados o especialistas
- ❖ Puede ser atendido por una institución y por medicina complementaria como acupuntura o magnetoterapia.
- ❖ Así mismo el paciente puede acudir a remedios familiares, asistir a espacios de terapias curativas de la medicina complementaria y asistir regularmente a su institución donde recibe medicación y radiaciones cuando son necesarias.

MÓDELO OPERATIVO DE LA INVESTIGACIÓN

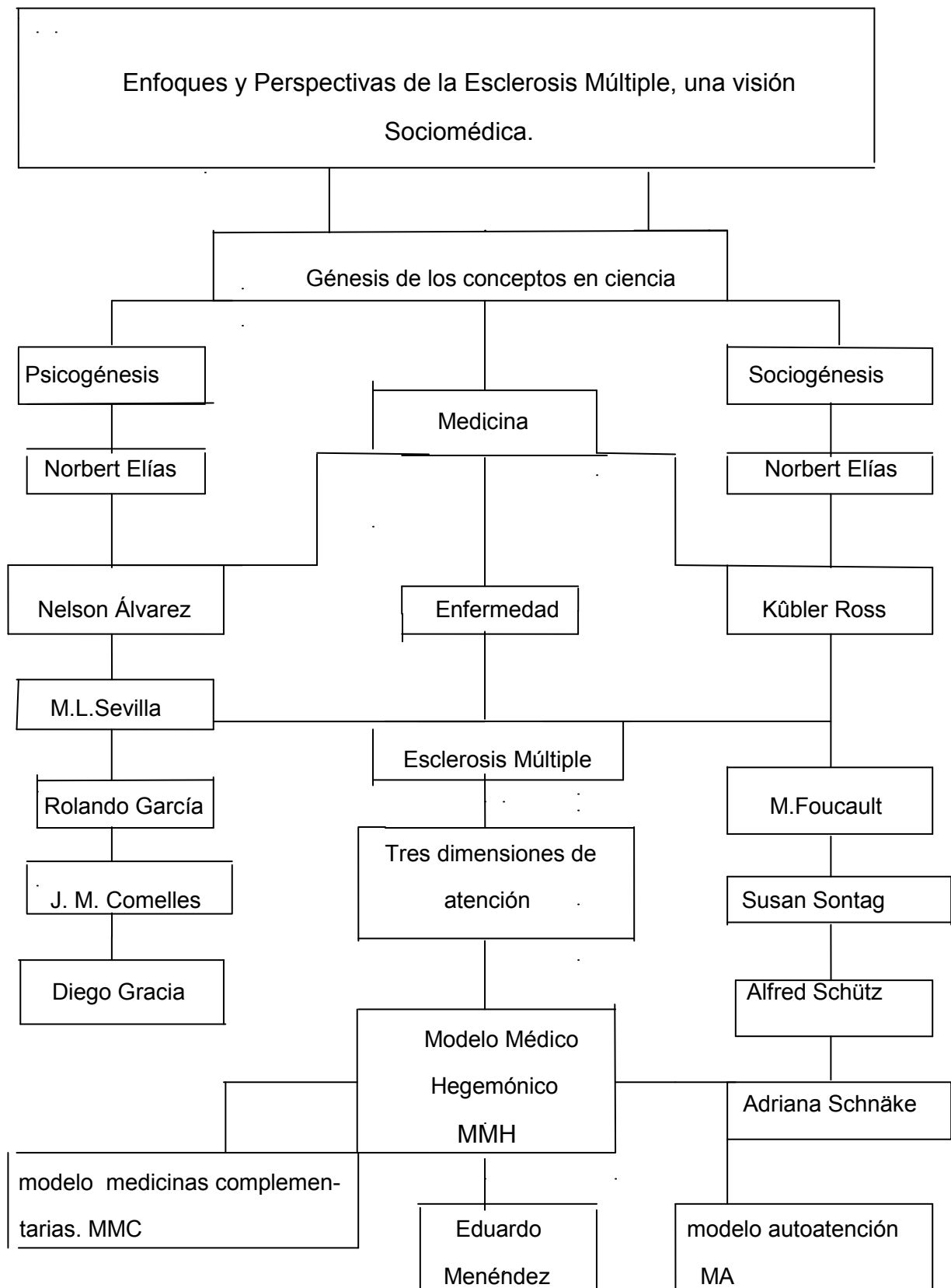


Figura 10. Modelo Operativo de investigación

Queda claro, como el paciente tiene una actitud autónoma y decide sobre su propio tratamiento. Estos modelos médicos tienen la virtud de que no se contraponen unos con otros.

Aunque, el discurso médico en algunas ocasiones no esta a favor del uso de otras terapias. Los médicos tradicionales en ocasiones también pueden o no estar de acuerdo con combinar las terapias. Le corresponde al paciente, y lo hace, el tomar la decisión más conveniente.

Dentro de los subsistemas médicos de atención al paciente es decir, en la mayoría de los sujetos, muy por encima de lo que el médico les prescriba para el tratamiento de este mal desmielinizante, optan por remedios de las medicinas complementarias o alternativas, que a su vez se relacionan de manera directa con el modelo de autoatención. Un ejemplo claro son las asociaciones de índole civil o privadas, a las cuáles acude el individuo enfermo, donde hay una clara identificación con sus pares, es decir sujetos que también se ven afectados por el mismo mal, hay un sentimiento de igualdad por poseer el mismo padecer fisiológico, es decir un elemento de identidad.

Las características que hacen difícil la identificación clínica, también exigen un acercamiento analítico totalmente opuesto, por parte del individuo que sustenta el estatus de médico dentro del conjunto social; brindar un aspecto más humano, conocidas las variables sociales del sufrimiento, con la aparición de una enfermedad, y con una perspectiva antropológica. “Esto implica el reconocimiento de la realidad del dolor físico y psíquico de las personas que sufren. Este acto aparentemente banal se olvida o se evita con frecuencia. A veces el dolor resulta tan increíble que prevalece el escepticismo” (Kleinman: 2004: 18). Por la misma afección, que es de difícil prescripción, ya según la zona donde es producido el daño, se origina una cicatriz, se producen afecciones visuales, motoras, sensitivas, de esfínteres y cognitivas, entre otras, existe una diversidad de síntomas que aquejan al individuo enfermo de EM.

“Los pensamientos no residen solamente en el cerebro. En realidad, están en todas las células del cuerpo. Cada célula piensa y tiene su propia memoria. Tú cuerpo cambia con tus pensamientos y actos. Sin embargo, el cerebro, donde residen las emociones, el intelecto, la lógica, la creatividad, también mantiene el equilibrio en todos los sistemas de tu organismo” (Boroch: 2008: 104). Cuando un sujeto ha pasado por largo tiempo en una situación de estrés intermitente, es un factor que desencadena cualquier desorden biológico, la homeostasis en el cuerpo se rompe, esa comunicación mente y cuerpo se ve afectada. “En efecto, la parte empírica del modelo de enfermedad empieza construyéndose a base de síntoma y signos aparentes como dolor, disnea (sensación de falta de aire), vómitos, tos, fiebre, diarrea, enflaquecimiento, astenia⁷, etcétera” (Barcells: 2002). Con lo anterior, puede remitirse a la pura prescripción que la medicina hospitalaria brinda al paciente que se percibe como enfermo neurocrónico, restándole otras opciones que quiera utilizar para palear de alguna manera el avance de su malestar. González Maldonado por su parte, en previas investigaciones menciona: “La personalidad de los pacientes con Esclerosis Múltiple podría estar condicionada genéticamente, ser una consecuencia del ambiente (sociofamiliar, educativo) a un modo de reaccionar a la enfermedad” (González: 1998: 82). El galeno, postula una multiplicidad de factores por los cuales se encauza el comportamiento de un sujeto enfermo, indagar en su estructura cognitiva que pasa socialmente por la mente del enfermo neurodegenerativo; se reconfigura visiblemente su identidad, la memoria individual se transforma, también la colectiva. Aunque, “los pacientes de esclerosis Múltiple tienen una especial necesidad de amor, pero de un amor que requieren en forma pasiva. Su autoestima depende que esta demanda afectiva se resuelva en el plano familiar y social” (González: 1998: 82). Se describe claramente como el pensar del sujeto enfermo comienza a reconfigurarse, por el mismo daño que trae la evolución del mal ya descrito, o el mismo individuo por su propia autonomía decide tratar de modificar sus hábitos, al reconstruir sus maneras de razonar, de captar su propia realidad, que el mismo se encarga de construir.

⁷ Entendemos por astenia una sensación de fatigabilidad neuromuscular general, muy parecida a la que fisiológicamente se produce después de un ejercicio físico excesivo, pues esta palabra se aplica igualmente a la disnea. (Barcells: 2002).

2.1 Psicogénesis

Las enfermedades tienden a involucrar el aspecto físico y también anímico, este binomio se desarrolla en su contexto que tiene que ver con: a) la cultura, b) aspectos sociales, c) aspectos económicos.

Enfermedad y cultura van en estrecha relación, no es lo nuevo tener EM en América del sur que tener EM en Europa. El desarrollo de cada enfermedad tendrá que ver con el contexto cultural, con el conocimiento de la enfermedad, con la atención física del padecimiento y del apoyo psicológico que en Europa se aplica a los enfermos con EM por parte de las instituciones de salud. “Es importante señalar, que al igual que para Weber, para Elías todo proceso social es el resultado de las relaciones, de luchas y los conflictos entre los individuos y grupos sociales. Brevemente se puede decir: que todo proceso social requiere agentes” (Girola et al: 2003: 336). Este cambio lento pero paulatino por estudios sociohistóricos fue registrado de los manuales de la época, desde los comienzos de la evolución de las sociedades europeas después de la edad media.

Es indiscutible que el aspecto social influye en la enfermedad y su aceptación y desarrollo. Se ha construido una representación social de la EM que varía de continente a continente. Y de grupo social a grupo social. El grupo de médicos a la EM de una manera y la sociedad civil de otra forma. En algunas entrevistas, un par de personas que se dedican a la medicina dijeron que, la EM es la “enfermedad de la gente bonita” se refieren a que es una enfermedad que le da los europeos, gente de tez blanca, pelo castaño o rubio, algunos con ojos de color claro. En ese sentido la EM ha construido esa representación en la experiencia empírica del otro.

Aspectos económicos: Esta consideración es de notoria relevancia ya que esta enfermedad requiere de un soporte institucional para la dotación de medicamentos altamente costosos como lo es el interferón beta 1a (\$16,000 pesos mexicanos o de \$20,000 el interferón beta 1b). Un connacional con un salario promedio no podría solventar de tratamiento tan costoso.

En un análisis mas contemporáneo, al hablar de un enfermo neurocrónico González Maldonado hace mención de la importancia que el sujeto brinda a su cuerpo, en especial, a las secuelas que él mismo paciente detecta que ha dejado la patología cómo, el signo de Lhermitte⁸, “muy característico de esclerosis múltiple (aparece en uno de cada tres pacientes) aunque no es patognomónico⁹ pues también puede observarse en otras patologías de la médula cervical” (González: 1998: 96).

La mayoría de las personas afectadas por Esclerosis Múltiple, reconocen que el cuerpo esta desequilibrado, aunque existan síntomas por más sutiles que sean, el paciente reconoce cuando se le va a desarrollar un brote, el cuerpo no responde, los músculos se paralizan y ocurre la inactividad temporal.

Esta percepción, de un cuerpo dañado, en el individuo enfermo, se vuelve muy aguda, ya que el deterioro es a nivel de células especializadas que forman parte del Sistema Nervioso Central. Esta comunicación con su organismo se ha interiorizado en el sujeto, “los símbolos no significan por si mismos, sino porque representan un conocimiento. Una clase de conocimiento distinto del enciclopédico, o saber sobre el mundo. El conocimiento simbólico no es un conocimiento de las cosas y las palabras, sino de la memoria de las cosas y las palabras (Sperber: 1988: 14). Es como el sujeto construye su saber de la misma interacción con él y con el otro en su vida cotidiana, en su quehacer diario, donde emplea el sentido común.

Se recomienda como manera ideal, tomar un camino más reflexivo, ya que “hemos observado los efectos que puede producir el estrés sobre el sistema inmunitario y, por tanto sobre la EM” (Schering: 2001: 21).

Las formas más progresivas del padecimiento, dejan su etapa de evolución el malestar desde que inicia no se detiene y las incapacidades son muy visibles.

En la misma realidad social, que se percibió en el análisis del fenómeno a investigar de la EM, fue aplicada la percepción fenomenológica de Schütz,

⁸ Cuando el paciente flexiona el cuello, una sensación de calambre o electricidad habitualmente desagradable) desciende por su espalda hasta sus piernas, se observa en la esclerosis múltiple, pero también en traumatismos y otras patologías de la medula cervical (González: 1998: 96).

⁹ Un síntoma o signo es patognomónico (del griego, pathos=enfermedad y gnosis=conocer) cuando su sola presencia da a conocer una determinada enfermedad (ibid.96).

quien claramente concluyó, al tratar al enfermo neurodegenerativo, qué en lo ideal debiera ser la confrontación cara a cara del médico con el paciente, una conversación cordial, si se lleva a cabo en el individuo enfermo.

Schütz, aborda la intersubjetividad¹⁰ y se aplica en el análisis del padecimiento, que en el caso de la Esclerosis Múltiple se propuso como un todo subjetivo por la complejidad de cada variante de la patología, qué es muy objetiva; en términos de la evolución que manifieste el individuo enfermo neurocrónico, donde el mismo sujeto afectado le otorga la importancia necesaria, pero a la vez subjetiva ya que cada individuo se encarga de construir sus propias significaciones.

El ideal en el análisis sería, que en la relación medico paciente, se pudieran establecer maneras o formas de interacción que estén directamente relacionadas con el mundo de la vida cotidiana¹¹, es complejo el trato cara a cara entre el sujeto que se dedica a practicar la medicina y el individuo enfermo.

Aunque, los sujetos interactúan en el mundo de la vida cotidiana de una manera natural, ya que las cosas las toman de una manera acrítica, sin reflexión y práctica, tal como lo perciben. Lo único trascendente son las posiciones y estatus de cada uno ante la sociedad y en el grupo en el que vive. El estatus que representa el individuo que se dedica a las prácticas médicas, el sujeto se identifica ante los demás con un tipo de acervo de conocimientos¹², ya que a lo largo de su carrera de medicina interiorizará los saberes sobre el estudio del cuerpo humano, aprendidos de sus antecesores, es decir sus profesores, que en largo plazo pondrá a la practica con el otro, es decir con el

¹⁰ Es intersubjetivo, porque vivimos en él como hombres entre otros hombres, con quienes nos vinculan influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendido por ellos. Es un mundo de cultura porque, desde el principio, el mundo de la vida cotidiana es un universo de significación para nosotros” (Schütz: 2003: 41).

¹¹ Dentro de este Lebenswelt, como lo denomina Hüsserl, se originan, según él, todos los conceptos científicos hasta los lógicos; es la matriz social dentro de la cual, según Dewey, surgen situaciones no aclaradas (Schütz: 2003. 78).

¹² A partir, de las cosas heredadas y aprendidas, de las múltiples sedimentaciones de la tradición y las costumbres y de sus propias constituciones previas de sentidos, que pueden ser conservadas y efectuadas, se construye un acervo de experiencia de su mundo de la vida como un complejo cerrado provisto de sentido (Schütz: 2003: 139).

sujeto reconocido como paciente. Son dos mundos, más que dos personas las que se encuentran frente a frente.

Si se utiliza la subjetividad en la explicación de percibir la enfermedad, Susan Sontag, cuyo nombre verdadero fue **Susan Rosenblat**¹³. Nos ofrece un panorama muy original, los conceptos de signos (signs), disease (enfermedad) illness (padecer) son conceptos que muy bien retrata la autora antes mencionada y que en cualquier padecimiento crónico o no crónico muestran las distintas caras de la patología.

Enfermar, padecer y sufrir emocionalmente es parte del mismo problema, son realidades subjetivas simultáneas que se presentan en el individuo diagnosticado como enfermo desmielinizante, el cual lo manifiesta de diversas maneras, y dentro de ellas atraviesa por las 5 fases del enfermo neurocrónico, descritas en el punto 3.2. Enfermedad y Padecer. “Las personas venimos al mundo en cuerpo de hombre o en cuerpo de mujer, y esa diferencia tiene consecuencias distintas, sobre todo en la reproducción” (Lamas: 1993:8).

A manera general la autora describe, el proceso de vivencia que atraviesa en la subjetividad el hombre por ser hombre y la mujer por ser tal.

En el proceso de la EM, se traduce de manera tan diferente el hecho de sentir en el cuerpo la enfermedad, es decir, se viven procesos subjetivos que cada sujeto, aceptado como paciente desmielinizante, reconstruye a su manera muy particular de entender su realidad social; debe de llevarse a cabo una manera de comprender más allá de lo que se capta con el sentido común, iniciar un análisis del cuerpo, las maneras en que puede rehabilitar lo dañado, entonces se podrá pasar a la siguiente fase de aceptación, para continuar la existencia y la interacción con el otro.

Se requiere de una atención muy específica de profesionales de la salud, denominados los sistemas de expertos, sujetos con un saber científico orientado al tratamiento del enfermo neurocrónico.

¹³Tuvo la gran virtud de ser escritora, y desde las letras y la filosofía escribió varios libros y textos en relación con el padecimiento mortal como lo es el cáncer, vivió en carne propia el complot del silencio al que se enfrentan los pacientes que padecen cáncer o alguna enfermedad autoinmune.

2.2 Enfermedad y Padecer

Existen varias propuestas de explicación sobre la carrera del enfermo crónico sobre la carrera del enfermo crónico. Esta investigación proporcionó datos relevantes acerca de las dificultades que tiene un paciente con EM, como la situación de vulnerabilidad frente a una sociedad que desconoce la patología y sus signos, así como la descalificación de la enfermedad psicosomática, es decir existente en la mente del enfermo.

Desde la etapa del diagnóstico del pronóstico de la atención y de la respuesta que, el paciente recurre. A instituciones médicas, médicos especialistas, laboratorios, consultorios, y esto lo hace en varios meses o años.

Otra propuesta, orientada a la medicina que se logró aterrizar fue: las fases por las que pasa el enfermo neurocrónico, es decir se llevó a cabo la reconstrucción y adecuación de cómo el sujeto enfermo de Esclerosis Múltiple de las dos variantes más agresivas—ya citadas en el subtema 1.5, y donde se especifica que un paciente con EM, debiera ser atendido por un sistema de expertos específico, es decir acompañarlo en el reconocimiento de estar enfermo, bajo la observación del Psicólogo en un principio, si los daños comienzan por degenerar la parte cerebral acarrear secuelas Psiquiátricas, entonces este tipo de expertos tendrán la responsabilidad de darle los servicios requeridos al afectado. Los tanatólogos, que se encargan de otorgar al afectado sin ninguna movilidad física, tratamientos paliativos y posibilidad de respetar su autonomía al optar por una muerte asistida con cordialidad y un trato decoroso que el médico humanista ofrece a su paciente hasta el último momento de su vida.

Elisabeth Kübler Ross, propuso en su libro: *Sobre la muerte y los moribundos*, cinco fases por las que atraviesa el individuo reconocido como enfermo terminal, las cuales son: “negación-aislamiento, ira, pacto, depresión, aceptación” (Kübler Ross: 2007: índice). Para los pacientes que manifiestan distintos tipos de padecimientos catalogados como autoinmunes (cáncer, soriasis, Esclerosis Múltiple,) según la biotecnología de tercera generación,

aunque se resalta que con el avance de las ciencias médicas la EM es de fácil tratamiento hoy día, características que hace 50 años no se daban en la realidad mexicana.

En los últimos años, los casos de Esclerosis Múltiple han tenido un aumento significativo en el país, las políticas en salud tendrán que modificarse visiblemente, aunque sabemos que podrían pasar décadas en este proceso. Con este hecho social, se analizó este conjunto de variables que han surgido en sociedades modernas, o subdesarrolladas como la mexicana, la cual es el miedo a la vejez, a la enfermedad. “Desde este mismo horizonte interpretativo es posible apreciar la reconfiguración de procesos como la precariedad del propio cuerpo ante la vejez, el dolor físico, la fragilidad de éste ante las enfermedades en el marco de ciertas condiciones estructurales, así como el camino hacia la extinción radical del yo: la muerte” (Olvera et al: 2007: 130).

Es común que se trace un velo de misterio, de miedo, de vergüenza, ante el fenómeno natural de la enfermedad, ya que es un constructo social, como la muerte, pero la colectividad le brinda una diversidad de significados, explícitos e implícitos, y el enfermo construye su propia versión de la enfermedad. El simbolismo que construye el sujeto que padece EM es muy variable, y depende de su nivel de conocimientos, estrato social, cultura, edad, género, de cómo ella o él le da significación a su patología.

Esta es la otra cara de la moneda, cuando: “Algunos doctores son sensibles a las necesidades de sus pacientes y saben informarles de que tienen una enfermedad grave sin quitarles todas las esperanzas” (Kübler: 2003: 47). Se establece una relación más allá del médico y paciente, para mostrarle a la persona a reconocer su cuerpo enfermo incluida su patología, al respetar sus decisiones y su dignidad de enfermo.

En la figura 11 se muestra el sistema complejo de la EM, donde se esquematizan dos casos de los más agresivos de la patología, relacionados a las 5 fases por las que atraviesa el sujeto enfermo, descritos por Kübler Ross. Es decir, la figura representa enfermedad, fases y el sistema de expertos que la atienden.

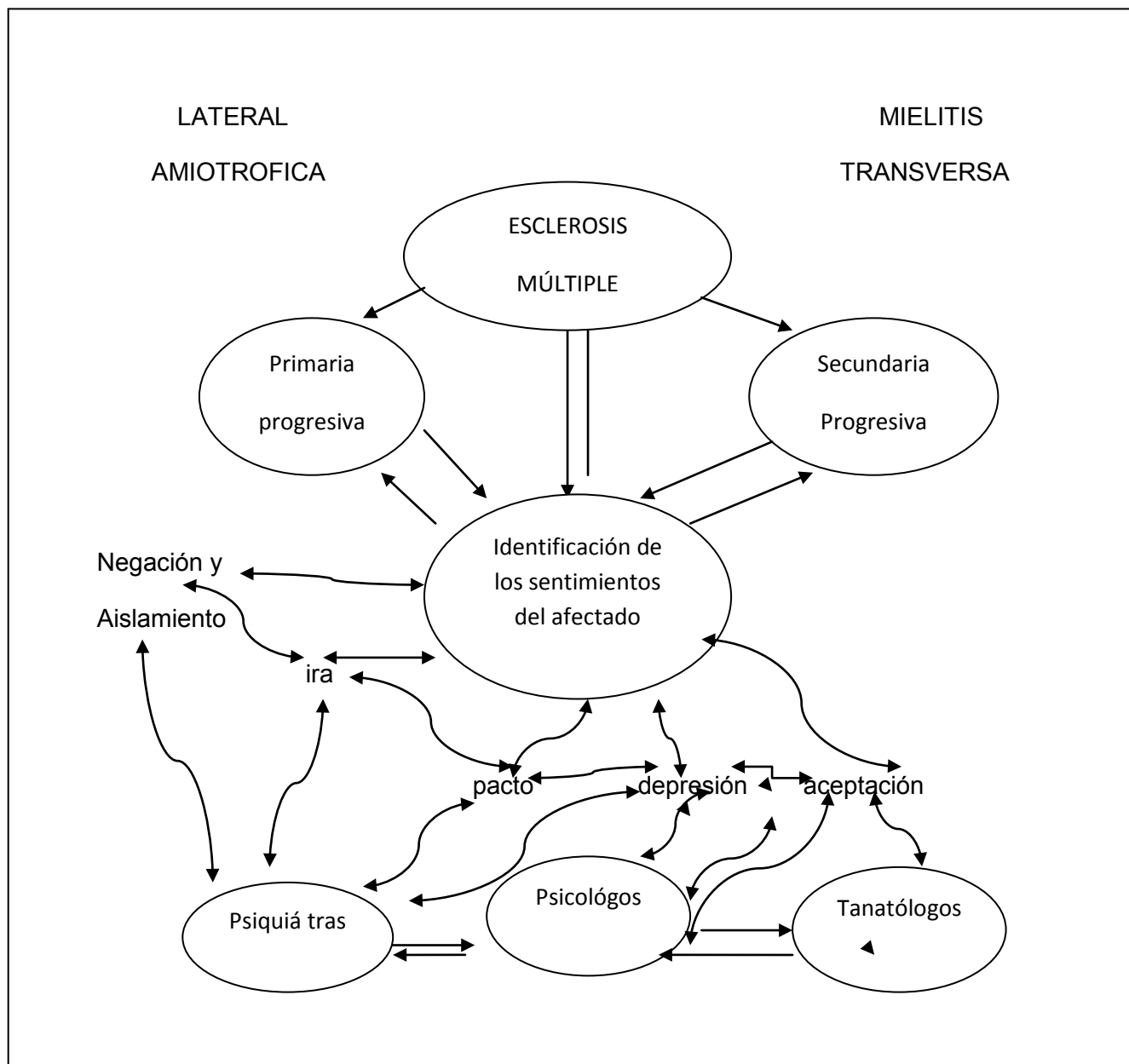


Figura 11. Construcción propia basada en la lectura de Kúbler Ross.

Se contemplo que el trato a un paciente diagnosticado con EM, puede tener un tratamiento digno del mal que le aqueja, entran en constante convivencia las distintas disciplinas médicas para su tratamiento, es decir una tratamiento multidisciplinario, este hecho da una visión integral.

2.3 Sociogénesis

El incremento del conocimiento instrumental se había comenzado a desarrollar en el sujeto, al igual que el saber sobre su propio organismo, durante el siglo antepasado.

El hallazgo clínico patológico de la EM descrito por Charcot durante el siglo XIX, al estudiar a su ayudante de esa época que posteriormente en la autopsia realizada resulto con huellas de la enfermedad diseminada en distintas partes del cuerpo. Estas fueron punto de partida de la explicación fisiológica de la EM

En el siglo XX y XXI J. M. Comelles, médico catalán, forma parte del Departamento de Antropología médica de la facultad de Filosofía y letras de la Universidad de Rovira i Virgili en Tarragona España. El Dr. Comelles realiza estudios en el campo de la Antropología médica, articulando una visión sociomédica y una visión psicomédica desde la posición del paciente.

Por su experiencia personal frente a la enfermedad y su padecer, este autor desarrolla sus teorías articulando <enfermedad y cultura>. La atención médica dice J. M. Comelles debe ser desde el espacio y el tiempo reconocidos los factores culturales presentes en una atención médica.

El enfoque de J. Comelles aplicado a la EM, responde a la forma de entender el problema desde una perspectiva del sistema complejo. Y destaca las particularidades de los grupos sociales, formando subsistemas abiertos y cerrados. La forma como se diagnostica, el tiempo que tarda un profesional en llegar al padecimiento, su tratamiento, la dosis precisa, las reacciones adversas que los pacientes presentan, la falta de recursos económicos que se requieren para atender un padecimiento como la EM, son determinantes sociales en salud, que han sido ponderados en esta investigación. La mayoría de las veces, quedan muchas dudas, preguntas con respecto al binomio mente y cuerpo.

“Las estructuras de la mente constituyen un conjunto de medios organizativos y posibilidades a disposición de la empresa cultural humana, que posee la

libertad de ponerlas o no en funcionamiento, así como de investir las con un contenido significativo” (Sperber: 1988:10). En el sujeto integra la enfermedad y el soma en un todo, toca al sociólogo o al antropólogo explicar sus relaciones.

El primer acercamiento analítico realizado, fue la concepción de la enfermedad como un sistema complejo, ya que por sí misma este tipo de enfermedad es de difícil análisis, a la vez involucra diversas variables sociales, médicas, antropológicas como el propio García los define, pero que se reconstruyeron de manera general y detallada en el capítulo 2.

El miedo es un sentimiento muy complejo al igual que la ira, la depresión, estos modos de sentir, se han catalogado como dañinos en la homeostasis del organismo de cualquier sujeto que se perciba en total sanidad, si los trastornos se vuelven crónicos, el estado físico de la persona se verá amenazado por una patología fisiológica. La diligencia es la tenacidad para trabajar a través del miedo cada vez que aparece hasta que se va” (Boroch: 2008: 168). .

La medicina institucionalizada atiende a la enfermedad y deja de lado que el paciente es un sujeto que tiene dignidad, que siente vergüenza y algunos estudios afectan su intimidad por ejemplo, situaciones de este tipo con experiencias que el profesional médico debe tomar en esencia para mejorar la relación médico paciente. “Algunos doctores son sensibles a las necesidades de sus pacientes y saben informarles de que tienen una enfermedad grave sin quitarles todas las esperanzas” (Kübler: 2003: 47). Se establece una relación más allá del médico y paciente, para enseñarle a la persona a reconocer su cuerpo enfermo y su patología con la cual cursa en un periodo de tiempo catalogado como largo.

Es claro por el daño a ciertas zonas del cerebro que la manera de conducirse del sujeto varía, es decir, los trastornos afectivos, que dependen de las lesiones causadas por la patología, se modificarán según la evolución que presente el enfermo, ya que los cambios a nivel de pensamiento son muy complejos, inesperados, algunas de las veces sorprendentes.

Pero que sucede, cuando la persona diagnosticada con EM, inicia su carrera del enfermo crónico, quién lo asiste, qué sucede, a donde acuda a obtener información acerca de su enfermedad, cuánto tiempo pasa para que el enfermo comprenda la enfermedad y las reacciones que su cuerpo tiene.

En México existen asociaciones de personas que viven con EM, las cuales son pequeñas y no alcanzan a difundir masiva, ente la enfermedad y sus repercusiones.

Ya que para el sujeto la enfermedad es un ente real e independiente para su existencia de la propia sensación del sujeto en el que reside o de la ciencia del médico que no ha logrado todavía diagnosticarla” (Laín: 1987: Tomo II).

En primera instancia se ha de luchar contra el estigma del otro, es decir aún cuando el sujeto que se percibe como enfermo no manifieste tal padecimiento, es presa de comentarios hirientes, humillantes, respecto de su cuerpo, porque un alías que se la ha colocado a esta patología es el de la “enfermedad inteligente”, ya que algunos sujetos diagnosticados a simple vista parezcan que su homeostasis es normal, el equilibrio interno del cuerpo esta desajustado.

Lo anterior es en el caso de que las reincidencias propias de la patología no hayan dejado secuelas evidentes del daño que han causado.

2.4 SISTEMA DE EXPERTOS

Basado fundamentalmente, en el modelo transdisciplinario de los tres subsistemas médicos, se encuentran los sistemas de expertos, “que son los responsables como dice Giddens, de darnos confort y seguridad pero también encierran enormes peligros pues contienen un enorme potencial de destrucción” (Girola: 1999:53). Se generan así dos características importantes que Giddens propone claramente. “dos tipos principales de mecanismos distinguen, las señales simbólicas, que como el dinero, unen a los hombres a través del tiempo y las distancias, pero también los desarraigan de lo local; y los sistemas de expertos son los principales responsables de la sociedad del riesgo” (Girola: 1999:52). Estos son un tipo de especialistas que se encargan de practicar la medicina, por el mismo dinamismo de las estructuras en la sociedad; el sujeto está en constante peligro, estrés, hasta que acude a que lo atienda el especialista, el cual en la mayoría de los casos, sólo le prescribirá fármacos para tratar de combatir el mal que le aqueja en ese momento.

González señala que, “Se ha realizado un estudio para objetivar su utilidad global y se ha demostrado su eficacia: los pacientes que además del tratamiento médico ortodoxo siguen uno o más métodos alternativos tienen síntomas menos severos, mejor capacidad funcional y calidad de vida” (González: 1998: 218). El galeno, deja la percepción abierta a los tratamientos de los dos modelos médicos ya mencionados que, si se implementan de forma correcta, el enfermo neurocrónico obtendrá un mayor beneficio a largo plazo.

Además, dentro de la atención hospitalaria existe otro sistema de expertos que se dedican a la atención integral de la persona que padece EM. Este subsistema se relaciona con las medicinas alternativas o complementarias. “El apoyo estatal tradicional en México se presenta a partir de la década de los setentas;” (Waizel: 2006: 494). En la tercera parte del siglo pasado se comienza con la innovación enfocada hacia el conocimiento en medicina tradicional, surge la necesidad porque la medicina dominante no ha sido capaz de asegurar la salud para toda la población.

Por tal motivo surgen importantes Centros de Investigación insertos en Universidades públicas, los cuales se dedican primordialmente a la exploración de medicinas naturales enfocadas al tratamiento de pacientes neurocrónicos. También es reconocido por el sistema médico hegemónico, como medicinas tradicionales; algunos ejemplos dentro del Instituto Politécnico Nacional (IPN), Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía (ENMH), Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (ENCB). También mencionamos a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Universidad Autónoma Chapingo (UACh).

Sin embargo: “La enfermedad deja de ser su objeto de trabajo por excelencia. Así, la medicina comienza a dejar de ser simplemente lo clínico, para convertirse en lo social” (Waizel: 2006: 497). Respecto a la frase anterior, hay que preguntarse el porqué se ha transformado este vínculo concreto de la ciencia médica en social. El autor habla de una intervención interdisciplinaria a favor de la ciencia médica, no sólo para realizar un diagnóstico, sino para aportar vías de tratamiento al sujeto enfermo desmielinizante.

Esta percepción, de un cuerpo dañado, en el individuo enfermo, se vuelve muy aguda, ya que el deterioro es a nivel de celular, que forma parte del Sistema Nervioso Central. Esta comunicación con su organismo se ha interiorizado en el sujeto, “los símbolos no significan por sí mismos, sino porque representan un conocimiento. Una clase de conocimiento distinto del enciclopédico, o saber sobre el mundo. El conocimiento simbólico no es un conocimiento de las cosas y las palabras, sino de la memoria de las cosas y las palabras (Sperber: 1988: 14). Así es como el sujeto construye su saber de la misma interacción con él mismo o con el otro en su vida cotidiana, en su quehacer diario, donde emplea el sentido común.

González Maldonado menciona: “La personalidad de los pacientes con Esclerosis Múltiple podría estar condicionada genéticamente, ser una consecuencia del ambiente (sociofamiliar, educativo) a un modo de reaccionar a la enfermedad” (González: 1998: 82). Es claro que, por el daño a ciertas zonas del cerebro la manera de conducirse del sujeto varía, es decir, en este

caso los trastornos afectivos, que dependen de las lesiones causadas por la patología.

Las técnicas, en el sentido del apoyo al enfermo crónico se han fragmentado del mismo modo, ahora existe un conjunto de especialistas insertos en el sistema médico hegemónico, quienes se encargan de brindar el apoyo requerido al paciente, sea de manera psicológica, psiquiátrica o tal vez si él sujeto enfermo decide que el médico lo acompañe en este complejo proceso de la aceptación de su mal, la comprensión del mismo, aprender a convivir con un cuerpo que manifiesta ausencia de homeostasis, pero no ha perdido las ganas de seguir en su trayecto vital.

Es muy recomendable que, el cuerpo médico especializado pueda orientar al paciente en actividades que le mantengan ocupado en cuanto a la realización de alguna tarea en donde su mente se conserve ocupada sin tener que hacer uso de fármacos para cualquier situación de incomodidad física.

El sistema de expertos en medicina, puede elaborar un diagnóstico, pero no tener la certeza, qué evolución presente el individuo en un tiempo dado de afectación con una enfermedad a largo plazo. “Ninguna acción sobre el ser humano puede dividir lo que no tiene posibilidad alguna de ser dividido ni separado” (Schnäke: 2008: 16).

Se habla en forma clara, de lo que ocurrirá sin remedio alguno, aunque el sujeto tome todas sus disposiciones al respecto, en determinado momento surge la enfermedad, sin esperarla, ni preverla. Simplemente está inserta en el material genético del sujeto que por cualquier factor externo la desarrolla. “Nos encontramos, además, con un modelo de prevención que, a diferencia de los programas tradicionales, que son limitativos, nos devuelve el potencial sanador con el que estamos naturalmente dotados” (Schnäke: 2008: prólogo).

En el siguiente esquema, se ha propuesto como es percibida la Esclerosis Múltiple, analizada como un sistema complejo, ya que parte del análisis del sujeto, dentro de ella va implícita una multidisciplinariedad de áreas que se encargan de dar una respuesta al mal ya descrito, donde se resaltan los elementos integrativos en un primer momento.

3.0 LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE VISTA COMO SISTEMA COMPLEJO

El presente capítulo aterriza en proponer una visión de la EM como un sistema complejo. Esta propuesta considera a la enfermedad en sus múltiples interrelaciones como se muestra en la figura no.12. Donde, sujeto, enfermedad, síntomas, etiología y contexto socioeconómico son determinantes y forman parte constitutiva de un análisis integral que es mostrado en la figura 12.

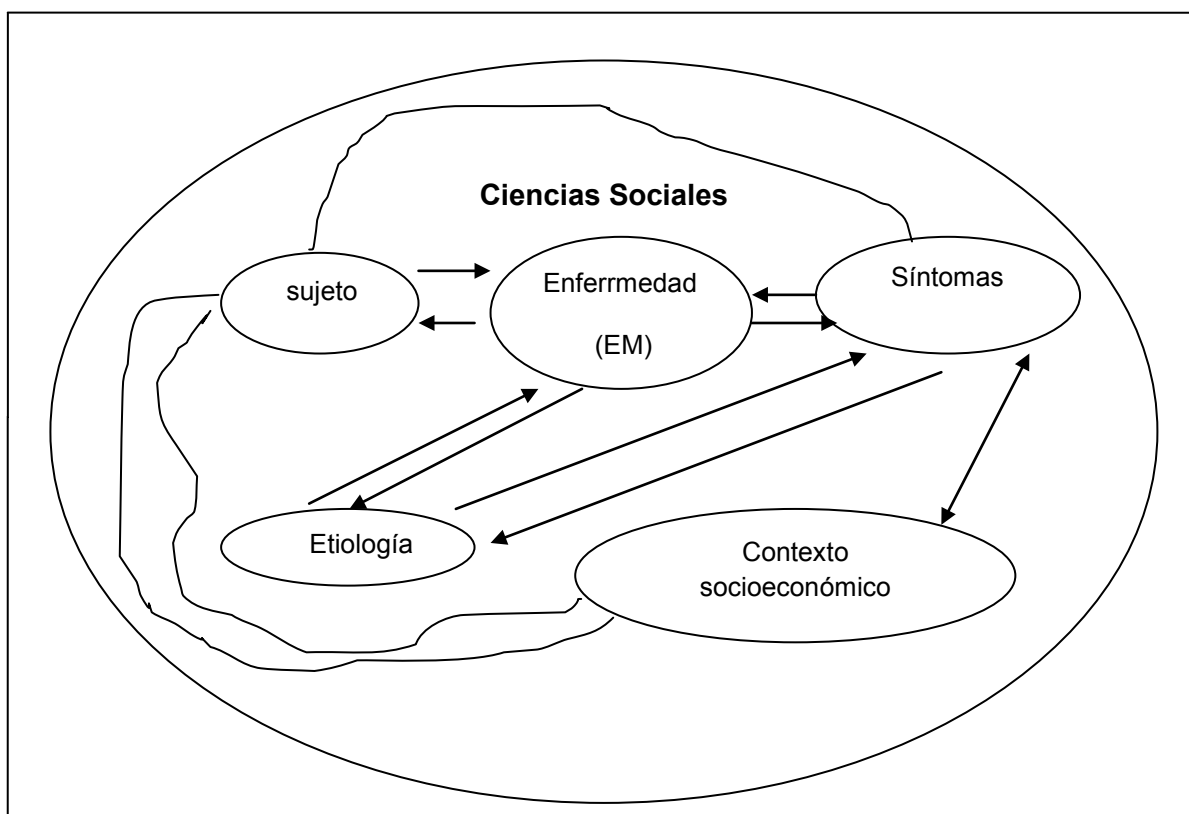


Figura 12. EM percibida como sistema complejo. Dr. Onofre Rojo Asenjo

Esta relación muestra que tanto la enfermedad como el sujeto que la padece, son parte constitutiva de un sistema complejo¹⁴ y cada uno constituye un elemento¹⁵ del sistema total, cuyas interrelaciones en diferentes contextos, establecen la dependencia de las funciones de cada uno de los elementos del sistema. Ninguno es definible por separado y con independencia de los otros

¹⁴“Un sistema complejo es una representación de un recorte de esa realidad, conceptualizado como una totalidad organizada (de ahí la denominación de sistema), en la cual los elementos no son separables y, por tanto, no pueden ser estudiados aisladamente” (García: 2008: 21).

¹⁵“Los elementos que son “abstraídos” de este complejo empírico para ser utilizados por el investigador, corresponden a conceptualizaciones de los datos empíricos”. (García: 2008: 139).

elementos del sistema y de su otro contexto. De aquí se deriva la integración del sistema como una entidad con funcionamiento propio, influido por las condiciones de contorno¹⁶, en el cual se configuro una estructura dinámica, cuya evolución es el objeto de estudio de esta investigación, que propone ser interdisciplinaria, dada la naturaleza del sistema que se trata.

En la figura 13. Sevilla muestra una propuesta compleja donde se inserta al sujeto enfermo, y es relacionada a la Sociogénesis y Psicogénesis propuestas por Norbert Elías, pero las cuales son aterrizadas al concepto antropológico, médico y social, en donde a su vez y de manera arbitraria el enfermo atraviesa por las fases que propone Kùbler Ross, pero aterrizadas a la vida cotidiana de un enfermo con EM.

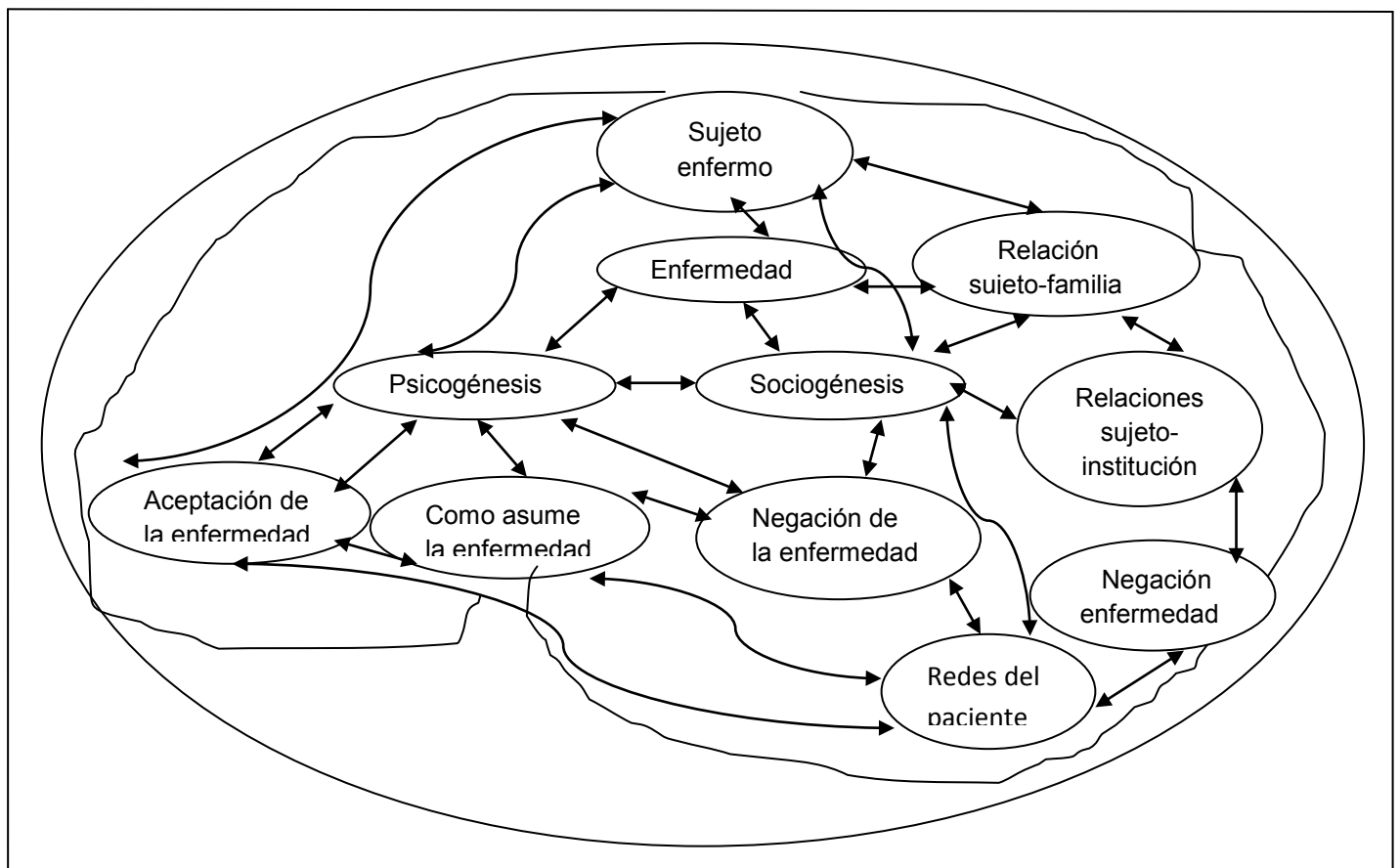


Figura. 13. Sujeto enfermo y la complejidad entre Psicogénesis y Sociogénesis. Dra. Ma. de la Luz Sevilla González.

¹⁶ "En los casos en que aquello que quedó afuera interactúa de alguna manera con lo que quedó adentro, su acción se toma en cuenta a través de las condiciones de contorno o condiciones en los límites. Tales condiciones se especifican en forma de flujos (de materia, de energía, de créditos, de información, etc.)" (García: 2008: 49).

Desde esta óptica de ver a la patología, sea esta la que fuere, puede ser analizada desde una visión estructural que englobe a la etiología, el sujeto, su contexto e interrelaciones, no se da en la medicina institucionalizada. Esta visión no se tiene en el contexto de cuando se define una enfermedad, por sus síntomas, independientemente de sus relaciones con el sujeto y lejos de su curso histórico, social, económico, y cultural se lleva a cabo un diagnóstico incompleto y en ocasiones sesgado de la realidad.

Si analizamos a la EM desde el punto de vista:

Neurológicos, motores, comportamiento, encontramos que estas tres esferas, que, “no pueden o no deben ser considerados por separado y atacados individualmente, sino de forma integral y organizada, aunque jerarquizados en el espacio y en el tiempo con propiedades interdefinibles¹⁷, García define como estructura como: “conjunto de relaciones dentro de un sistema organizado que se mantiene en condiciones estacionarias mediante procesos dinámicos de regulación” (García: 2008: 52). De esta manera la EM es vista en sus procesos dinámicos de salud, enfermedad, cronicidad.

Vale la pena aclarar que, estas interrelaciones entre los elementos de sistema complejo a estudiar, pueden a su vez tener un cambio dentro de los niveles de indagación. Por eso, es de suma trascendencia catalogar este acercamiento de primer nivel¹⁸ en la Esclerosis Múltiple, para constatar este aspecto se realizaron entrevistas semidirigidas en personas enfermas, a partir de la metodología del análisis del discurso, en la mayoría de los afectados se pudo observar , que existe un cambio físico a largo plazo en sus condiciones de vida, que un porcentaje superior al 70% de las personas entrevistadas manifiestan haber visitado al menos a 4 médicos antes de su diagnóstico de EM, también llegan a la conclusión de lo importante que es incorporar las medicinas alternativas y la autoatención.

¹⁷ Además de la heterogeneidad, la característica determinante de un sistema complejo es la interdefinibilidad y mutua dependencia de las funciones que cumplen dichos elementos dentro del sistema total” (García: 2008: 87).

¹⁸ “Los estudios correspondientes al primer nivel constituyen análisis complejos de carácter diagnóstico, que buscan describir la situación real y sus tendencias en el nivel fenomenológico más inmediato. Tales análisis, incluyen observaciones, mediciones, encuestas, entrevistas, etc.”. (García: 2008:56).

Los entrevistados expresaron la forma en la que la experiencia de ser diagnosticado como enfermo de EM. En este aspecto se observó que hay desconocimiento aún de los profesionales de la salud, ya que de las 4 variantes de EM existe evolución disímil entre sí, es decir, pacientes con el mismo tipo de enfermedad pueden manifestar signos distintos en el inicio del malestar, por ejemplo, hay dos personas de género femenino que tienen la variante remitente-recurrente, pero cuando comenzaron a manifestarse los primeros síntomas, la paciente A, comenzó por una neuritis óptica (inflamación del nervio óptico), mientras que la paciente B inicio con entumecimiento de las extremidades inferiores (piernas), en ese instante la evolución entre esa variante de EM es muy particular, así como su comportamiento, o sea el grado de aceptación a rechazo que el paciente manifieste. Surge la pregunta: qué sucederá con los planes a futuro que la persona tenía trazados, ahora con este cambio en todas las vertientes de manera repentina la persona afectada inicia un nuevo modelo de calidad de vida, aunque es recomendable llevar el trayecto vital, lo más normal posible, algunos autores invitan a vivir cada día como si fuera el último.

- 1) A continuación existen propuestas que muestro los distintos sistemas a partir de una terapia es la que aplica. “El secreto para cambiar la función cerebral de tu cuerpo reside en lo que crees. Esas creencias envían mensajes a tu sistema nervioso central, que dicta cada proceso de tu cuerpo, por lo tanto elige la salud” (Boroch: 2008. 196).
- 2) Hay sujetos que han afirmado que sesiones de Taichi han mejorado su estado físico. “Las clases las empecé con un grupo de principiantes que también es un aliciente y ahora, modestia aparte, soy la más avanzada de mis compañeros que más de una vez toman como ejemplo a seguir.
- 3) Empezamos con los automasajes, mentalización y canalización de energía que los chinos llaman Chi Kung” (González: 1998. 226).

Esta atención en medicinas complementarias, es muy eficaz, sobretodo entrar en relación con el propio cuerpo, orientarlo a tratar de mejorar, para en algún momento percibir que se ha avanzado, en el aspecto físico del propio individuo.

Casos distintos por el sujeto con EM como ya se analizó en el capítulo II donde el decide como atender su padecimiento, donde atenderse, con quién atenderse y si opta por uno, dos, o tres modelos de atención para su enfermedad.

- 4) Las terapias electromagnéticas como: “estimulación de los nervios, sería una variante de acupuntura. En lugar de clavar agujas que excitan las fibras nerviosas cercanas, se estimula directamente el nervio colocando sobre la piel vecina electrodos y aplicando electricidad a dosis variables” (González: 1998: 211). Una muestra más del evidente desarrollo en biología molecular pero con su especificidad en la medicina electrodiagnóstica.

Los tratamientos de diversas índoles son muy válidos hacia el procedimiento de este malestar neurodegenerativo, ya que aportan un mejor bienestar en el aspecto físico y sentido anímico de la persona afectada, se torna así un sistema holístico en torno al sujeto percibido como enfermo, que interactúa a sus vez con el cuidado de los familiares.

Hay que tomar en cuenta el valor del significado simbólico que se le da en el aspecto antropológico social al modelo de enfermedad.

Se da una definición de modelo biológico lesional de la enfermedad, “según el cual es el esquema mental donde la enfermedad es, fundamentalmente, una alteración, anormalidad o “lesión” de las moléculas o demás estructuras que componen el cuerpo humano” (Martínez Cortés: 1983: 3). Se puede referir, a una concepción en el plano biológico, que con el desarrollo de la biología molecular también es fisiológico.

Se toma la segunda concepción de enfermedad, “El modelo biopsíquico y sociocultural de la enfermedad toma en cuenta lo que ésta es para la medicina científica, pero también lo para el paciente es la enfermedad y el hecho de estar enfermo” (Martínez Cortes: 1983: 16). Esta variable es de suma importancia, ya que al sujeto percibido como enfermo se le brinda el valor a la opinión de la persona enferma, no sólo al hospitalario.

De la misma manera, los procesos que se encargan de estudiar el sistema complejo de la Esclerosis Múltiple pueden tomarse como referencia para otro sistema que se abordara en el siguiente subtema, haciendo un vínculo entre estas relaciones que se dan con los elementos que conforman dichos modelos de atención médica. No existe una forma de objetivar a la EM, existen múltiples variaciones y estas a su vez dependen de el medico tratante, el paciente, y el modelo medico aplicado.

En realidad, todas las variables interactúan simultáneamente, el sujeto enfermo complementa su atención médica institucionalizada, donde vaya a terapias que se encuentran situadas en el modelo de medicinas complementarias, o vaya a algún grupo de autoayuda, en donde se sienta identificado con el otro, al padecer la misma afección. Dentro del modelo del sistema complejo pudo decirse que esta enfermedad queda fuera del contorno¹⁹ que ocuparon los elementos integrantes, se sitúa en lo que se llama frontera.

Se analizo más a fondo este sistema complejo de la Esclerosis Múltiple, se pudo ver que modificaciones hay con el desarrollo de los farmacéuticos en México que indujo a cambios significativos en el primer nivel, por ejemplo la producción del interferón por parte de laboratorios mexicanos, en este caso PROBIOMED, ya no se traería con el medicamento de importación sino sólo se compraría el que es producido por laboratorios nacionales, un caso claro de proceso de segundo nivel²⁰.

Pero, al mismo tiempo se receta un fármaco para una enfermedad de etiología desconocida, la cual sólo tiene tres posibles teorías de surgimiento que ya han sido descritas en el capítulo 1.

¹⁹ "Dejar afuera de los límites del sistema no significa necesariamente dejar fuera de consideración. en los casos en que aquello que quedó afuera interactúa de alguna manera con lo que quedo adentro, su acción se toma en cuenta a través de las condiciones de contorno o condiciones de los límites" (García: 2008:49)

²⁰ "Procesos de segundo nivel o metaprocesos; las modificaciones en el sistema productivo, tales como el desarrollo de cultivos comerciales, el desarrollo de la ganadería, la implantación de las industrias extractivas manufactureras, etc., que indujeron cambios significativos en el primer nivel" (García: 2008: 57).

En sí, la propia patología también es muy compleja, porque se han determinado por la misma evolución 4 formas o variantes de este mal.

En el diagnóstico van implícitos una serie de estudios tan específicos que denotan el detalle en las técnicas utilizadas, pero a la vez se diferencian de otra patología neurodegenerativa llamada Esclerosis Lateral Amiotrófica, Mielitis Transversa.

Ya que, por el avance de la biología molecular y las técnicas biológicas en estudios digitales, una resonancia Magnética muy bien puede distinguir los tipos de EM, por el tipo de lesión que deja el malestar.

Al realizar una construcción hermenéutica de los postulados filosóficos que propone Rolando García, en un acercamiento al médica, a su vez se realizó al área social, donde se visualiza una percepción de cómo la enfermedad representa un sistema complejo, ya que hay tantos elementos que la conforman, que están en un flujo dinámico, lo cual conceptualiza al fenómeno como un sistema abierto, que se caracteriza por tener la libre salida de cualquiera de sus elementos, al momento que sale el sistema pierde su equilibrio u homeóstasis, pero se vuelven a reconformar, para así lograr de nuevo esa armonía.

En la figura 14. Se muestran a detalle las partes que conforman la enfermedad de Esclerosis Múltiple en un sujeto: así como las relaciones que existen en sus síntomas (signes), Illnes (malestar) tipo de enfermedad (disease), los cuales van implícitamente relacionados, y que en conjunto forman un sistema complejo, el fenómeno principal es la enfermedad, porque todos los elementos van relacionados dándose un flujo constante entre ellos, lo cual si se lleva a la vida cotidiana en el sujeto enfermo neurocrónico, la mayoría de ellos no se ha percatado de la manifestación de la no homeóstasis que su cuerpo les ha avisado.

3.1 PROCESOS O SUBSISTEMAS MÉDICOS QUE ATIENDEN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Rolando García define que: “Un proceso es un cambio o una serie de cambios que constituye el curso de acción de relaciones causales entre eventos” (García: 138,139:2006). Aplicado a la EM el esquema analiza la enfermedad en tres modelos médicos y sus interrelaciones, la propuesta médico hegemónica, con el equipo de neurólogos, (expertos), médicos internistas, médicos en rehabilitación e incluso psicólogos.

El modelo de medicinas alternativas, los cuales son toda una gama de posibilidades distintas, de las que elegí: especialistas de la Gestalt, médicos homeópatas, médicos acupunturistas, medicina tradicional.

Los remedios médicos de manera complementaria, tienen en la actualidad gran trascendencia, como el Biomagnetismo donde, “se consigue exterminar en tiempo breve, virus, bacterias, hongos o parásitos, que son causa de la mayoría de las enfermedades graves del hombre, incluso algunas en las que la medicina oficial no siempre reconoce una etiología microbiana como la diabetes, el cáncer, la artritis y otras” (<http://www.ohani.cl/biomagnetismo3.htm>, 6/05/11).

El tercer modelo, de autoatención que lo conforman aquellas terapias empíricas las cuales se diferencian de otros porque es el mismo sujeto que la aplica como: remedios caseros, consejos de persona a persona, técnicas de relajación, taichí, yoga de la risa.

Los tres modelos forman parte de un sistema de atención ejemplificado y es desglosada su complejidad en la figura No. 15.

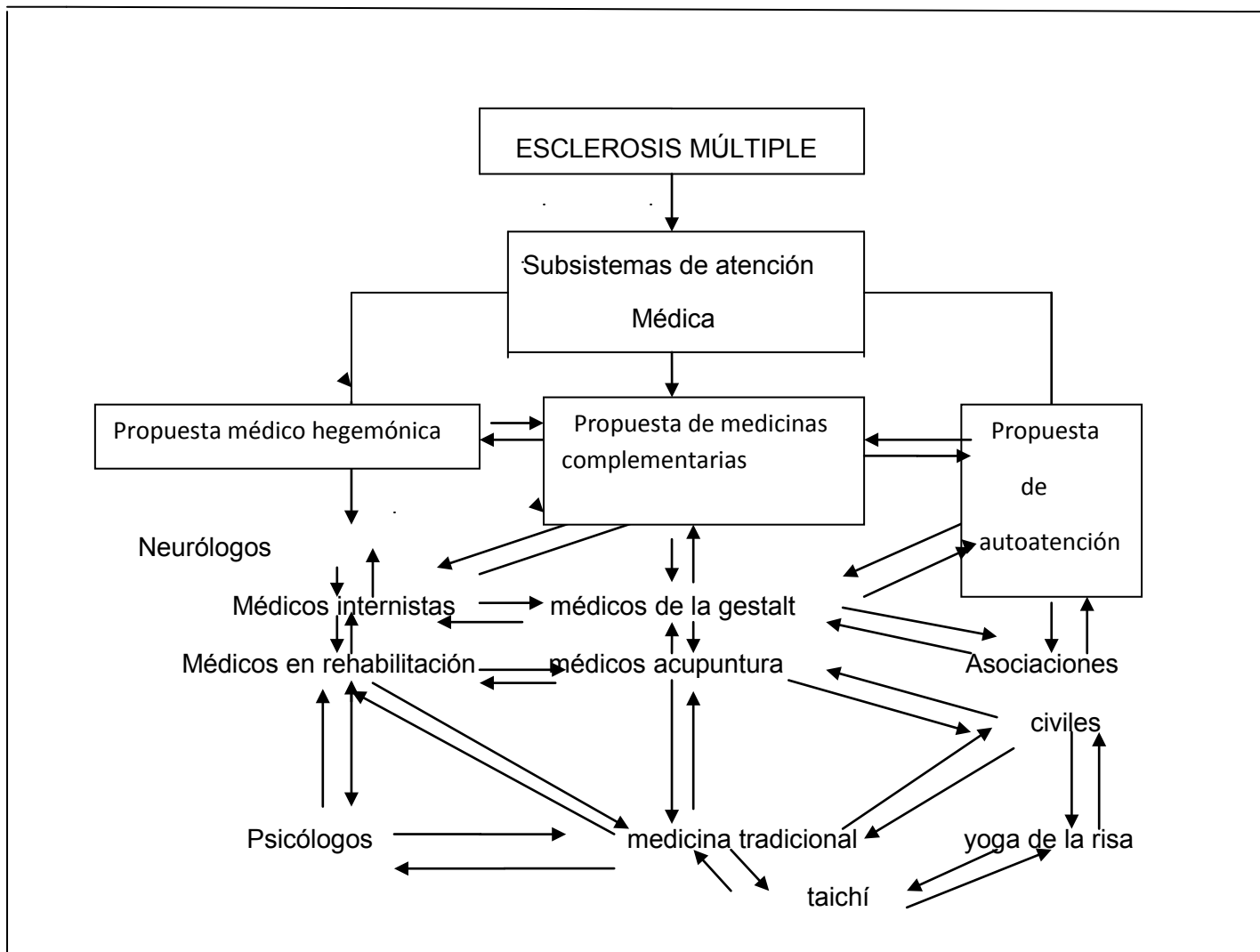


Figura 15. Construcción propia de los Sistemas Médicos en Salud. En base a la lectura de Eduardo Menéndez.

Modelo médico hegemónico representado por la clínica hospitalaria a la cual comúnmente el individuo acude, pero debido a la fragmentación de las ciencias médicas, personificada por los neurólogos, teniendo en cuenta que el individuo enfermo acuda a un servicio especializado de salud, donde ya se hace una diferenciación de la patología junto con su respectivo tratamiento, donde también se ven interaccionando más de un área en medicina, en la figura anterior, los neurólogos al prescribir el mal al paciente, lo enviarán a medicina de rehabilitación neurológica, de igual manera para inspeccionar la evolución en un cierto tiempo, se le enviarán estudios de imagen, en este caso la resonancia magnética, de igual manera estudios de riñón e hígado, para observar si no hay daño evidente en los órganos ya mencionados a partir de la

aplicación del interferón beta 1 a, fármaco mundialmente prescrito para el tratamiento de este padecimiento.

Esta corte de la realidad del proceso complejo de la Esclerosis Múltiple y el subsistema de tratamiento en salud muestra que hay límites para el estudio de este fenómeno de la Esclerosis Múltiple, ya que no serviría de nada traspasar los límites²¹ de los estudios en la evaluación al paciente, obteniendo un estudio de endoscopia, porque el problema a evaluar es puramente neurológico, más no gástrico.

En esta particularidad, donde se deben establecer bien los elementos²² que constituyen a este sistema de la enfermedad, que el mismo sistema se ha definido como abierto, por la libre interacción y flujo de sus componentes.

Aunque, se tiene el modelo de medicinas complementarias o alternativas, también nombradas por Menéndez, medicinas tradicionales, las cuales interactúan de manera directa entre ellas mismas.

Modelo de las medicinas alternativas o complementarias.- Un camino que el paciente que cursa con una enfermedad crónica ha decidido adoptar tal vez por lo inaccesible en los precios de los medicamentos que su institución de seguridad social no puede costearle, entonces “los enfermos orientaron su búsqueda de atención hacia otro tipo de terapéuticas y en algunos casos recurrieron a un experto técnico popular o alternativo (curanderos naturistas) aceptaron las recomendaciones de familiares y amigos que les sugirieron otros tratamientos como el uso de herbolaria o productos naturistas que se integraron en prácticas de automedicación” (Arganis:2005).

Existe una combinación que realiza el individuo reconocido como enfermo neurocrónico, al recurrir no sólo a la atención que le brinda el médico respaldado por la institución de salud sea pública o privada. Sino a diversas recomendaciones que realizan conocidos con el mismo problema, familiares, expertos en medicinas naturales.

²¹ “ El término límite, así como sus correlativos “adentro” y “afuera”, incluye también la problemática que se va a estudiar y el aparato conceptual que se maneja, así como el tipo de fenómenos con su escalas espaciales y temporales” (García: 2008: 48).

²² “Los componentes de un sistema son interdefinibles, es decir no son independientes sino que se determinan mutuamente” (García: 2008:49).

En lo ya citado, este proceso de atención al sistema de la Esclerosis Múltiple se ve muy claro el flujo²³ que existe entre los elementos constituyentes en los subsistemas de atención médica. Lo que indica, una concepción de sistema abierto para este fenómeno que fue sometido a estudio en diversos ámbitos de análisis, por eso se da la participación de diferentes grupos de expertos intervinientes en esta indagación multidisciplinaria en varias vertientes de observación.

El médico sólo es educado para prescribir algún remedio que este dentro de la medicina farmacológica, pero no percibe que puede haber más allá de los tratamientos alternativos, que en este último resulta el tener vigilancia al lenguaje del propio cuerpo, como lo cita la médico terapeuta gestáltica Adriana Schnäke: “Nos encontramos, además, con un modelo de prevención que, a diferencia de los programas tradicionales, que son limitativos, nos devuelve el potencial sanador con el que estamos naturalmente dotados” (Schnäke: 2008:pròlogo).

Los remedios médicos de manera complementaria, tienen en la actualidad gran trascendencia, como “en la práctica el Biomagnetismo demuestra que aplicando imanes de una determinada fuerza y polaridad en puntos específicos del cuerpo, se consigue exterminar en tiempo breve, virus, bacterias, hongos o parásitos, que son causa de la mayoría de las enfermedades graves del hombre, incluso algunas en las que la medicina oficial no siempre reconoce una etiología microbiana como la diabetes, el cáncer, la artritis y otras” (<http://www.ohani.cl/biomagnetismo3.htm>, 6/05/11). El anterior descubrimiento es fabuloso, ya que varios médicos insertos en el tratamiento de enfermedades crónicas han comprobado que la aplicación de imanes es una gran innovación en el tratamiento de la persona que se identifica como enferma, han comprobado que el mal puede aminorar tanto en síntomas, como en secuelas que haya dejado la fase aguda de tal malestar.

²³ Debe subrayarse, sin embargo, que algunas formas de interrelación entre elementos en un sistema no constituyen flujos en sentido estricto, esta observación se torna importante cuando se intenta aplicar modelos tipo “input-output” en las cuales dichas relaciones quedan excluidas” (García: 2008: 50).

Se genera un doble actuar médico, referido a la manera de diagnosticar la enfermedad o malestar físico. Al revisar los postulados de Beck se llegó a la percepción de que la mayoría de los sujetos dedicados a la práctica médica se encuentran dependientes de los instrumentos en tecnología digital en el área de biomedicina, se podría llamar una percepción médico tecnológica, ya que el trabajo del hospitalario se ve reducido a un simple diagnóstico.

“La consecuencia es un crecimiento espectacular de las llamadas enfermedades crónicas, es decir de las enfermedades que se diagnostican, sin que existan terapias eficaces para su tratamiento ni se prevea tan siquiera disponer de ellas” (Beck: 2006: 332). Es la contradicción a la que se enfrenta el científico natural.

El papel del médico se ve incompleto dentro de su interacción con el otro, e decir con el sujeto que se reconoce como enfermo crónico, se ve obligado, después del diagnóstico a pensionarse si es el caso, de que el individuo afectado se encuentre activo laboralmente y se le recluye a una vida en donde interactúa con los otros, con los cuales se ve identificado por padecer el mismo malestar, de ahí puede desprenderse el tercer modelo de atención en salud descrito por Menéndez como de autoatención.

El modelo de Autoatención. “Ahí es necesario recordar que todos los sistemas médicos necesitan de la autoatención y el autocuidado, dado que estos son elementos estructurales en cualquier sociedad y establecen el marco donde se deciden realmente las opciones terapéuticas a seguir y donde se concretan los procesos y prácticas de atención y cuidado” (Kleinman citado en Canals, 1980).

Es decir, el sujeto que se dedica a la práctica de la medicina tiene el apoyo de la institución médica donde se halle inserto, por ejemplo: un Neurólogo del IMSS que le recomienda al sujeto reconocido como paciente, asistir a Organizaciones civiles o privadas de Esclerosis Múltiple, donde pueda interactuar con personas que manifiesten misma patología.

Son grupos de apoyo que se dedican a dar terapias para beneficiar el estado de salud de una manera integral, como practicar el yoga de la risa recomendado por profesionales de la salud, practicar taichí.

Como ejemplo de lo anterior puede otorgarse una explicación referida al sistema médico hegemónico en la variante de autoatención.

La historia llevada a la pantalla surge de un hecho verídico, el filme se titula: “Un Milagro para Lorenzo”, los padres del niño de nacionalidad italiana, experimentan una larga agonía al enterarse que su hijo más pequeño manifestó una patología de tipo genético, el cual es heredado por vía materna.

El mal se desarrolla de forma progresiva siendo prescrito dentro del modelo médico hegemónico hay pocas oportunidades de llegar a la edad de 3 años, Lorenzo no fue la excepción, el malestar comenzó con un avance de manera agresiva siendo tal que en poco tiempo lo dejó imposibilitado para hablar y caminar, incluso para expresa algún sentimiento por más mínimo que este fuera, pero el niño con esa voluntad de hierro que poseía nunca decayó, siguió adelante, aún con el diagnóstico dado por los médicos.

La patología era neurodegenerativa, consistía en la ausencia de una enzima que de forma natural se encarga de degradar los ácidos grasos de cadena pesada que están contenidos en las grasas animales, pero al no tenerla estos ácidos grasos se van al torrente sanguíneo hasta llegar al cerebro.

En la vida real, el joven falleció en 2004 por una pulmonía a la edad de 30 años, superando las expectativas que los clínicos insertos en el sistema médico hegemónico le pronosticaban. Muchos padres con hijos afectados por la adrenoleucodistrofia (ALD), optan por aplicarse el tratamiento alternativo del aceite de Lorenzo, vía intravenosa, como una solución de índole paliativa.

Se analizó a detalle la narración anterior, se hace una conjunción en la aplicación del modelo médico hegemónico de autoatención, y a la vez la atención de una medicina alternativa que resultó de esta búsqueda incansable por alguna opción para tratar esta enfermedad de manera natural, es decir introduciendo al cuerpo un medicamento biológico con fines terapéuticos.

Ya que, “La rehabilitación del alma, de la psique o de la actitud vital (llámesele como se quiera) es fundamental en todos los pacientes crónicos pero especialmente en la esclerosis múltiple. Hay que entender la capacidad mental. Los factores de estrés, las relaciones familiares y la integración social” (González: 1998:185).

Esta afirmación, no es más que la propuesta de realizar un viaje de introspección al ser de la persona afectada por un mal neurocrónico, Dejarse llevar a los espacios inacabables del ser, hasta poder alcanzar la relajación deseada.

“Se ha demostrado que la depresión crónica suprime el sistema inmunológico, por lo tanto, la depresión crónica también conduce a padecimientos fisiológicos cuando el sistema inmunológico se encuentra suprimido durante un periodo largo de tiempo” (Boroch: 2008: 104).

A cualquier sujeto que se perciba sano en el aspecto físico, se le recomienda no tener episodios alterados de emociones, que pueden llegar a formar una patología como la que se ha tratado en esta propuesta teórica.

Es decir, modelar su carácter, no deprimirse, ni alterarse de una forma fácil ya que estos cambios que se dan no sólo afectan a específicos órganos del cuerpo, sino a largo plazo se desencadenan patologías crónicas, en este caso particular males desmielinizantes.

Cuando el mal ya esta presente en el sujeto, se recurre inmediatamente a la atención del sistema médico hegemónico, pero no se descarta el sistema de autoatención donde el enfermo es el participe en su rehabilitación o mejora fisiológica, así lo han postulado médicos dedicados a la salud pública.

La persona afectada, busca en terapias como el taichí alguna forma de reflexión e interiorización de la EM, y la aceptación de la patología al mismo tiempo, aprender a convivir con la enfermedad.

3.2 DESDE UNA EXPLICACIÓN FISIOLÓGICA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Desde la perspectiva Fisiológica, en el Modelo Médico Hegemónico

(MMH), consiste en entender que la EM es un padecimiento cuya etiología se desconoce, resaltando en mayor medida que es un proceso mórbido, es decir de enfermedad y desequilibrio, el cual se caracteriza por ser un proceso crónico degenerativo.

Los médicos neurólogos Arturo Violante y José de Jesús Flores la han definido como, actualmente como: “Enfermedad multifactorial que puede afectar a las personas entre la segunda y tercera década de su vida. Es un mal muy complejo, no es hereditario, pero existe una predisposición genética a él provocado por la pérdida de la mielina en las fibras nerviosas o axones” (www.cuaed.unam.mx/innn.html, 2010). Este defecto que trae el sujeto desde su nacimiento es algo con lo cual no se puede corregir, a final de cuentas todas las personas traemos en nuestro material genético algún malestar que se desarrollará a determinada edad en nuestro ciclo vital.

Es de suma importancia el que programas culturales informativos, se transmitan en un momento dado al público para hacer de su conocimiento que tipo de enfermedad es la Esclerosis Múltiple y quién la padece, cuáles son sus tratamientos que por ahora han resultado efectivos en la mayoría de los casos, brindándole al paciente métodos de contrarrestar temporalmente los efectos de este mal neurológico.

Pero, también hay que tomar en cuenta que no todos los sujetos enfermos tienen acceso a los costos de los fármacos que los médicos indican, ya que son sumamente caros, por eso el surgimiento de asociaciones, que apoyan en un momento dado con la donación, de aparatos, medicinas, que el enfermo requiere, ya que no las puede costear. Entonces se desprende el modelo de autoatención dentro de la medicina médico hegemónico.

El sujeto al estar reconocido como enfermo desmielinizante, debe de tener de manera ideal la atención de un grupo multidisciplinario de expertos, es decir, expertos en terapia física muy requerida por los sujetos enfermos de EM.

“Los terapeutas hacen su aporte a la comprensión de la enfermedad, y se acercan al enfermo absolutamente insertos en el discurso médico. La enfermedad, ella es la reina” (Schnäke: 2008: 28). Con lo anterior, se puede analizar la percepción analítica de los individuos dedicados a la atención del paciente, reconocido como enfermo neurocrónico, es muy complejo el desarrollo de esta visión, ya que esta área de atención médica está acostumbrada a la observación simplemente superficial de la persona afectada, es decir se corre el riesgo de solo establecer el trato para paliar un poco el padecimiento, al cual el paciente manifieste, se necesita esa comprensión más integral de la patología, donde se expresa esta afección neurodegenerativa, tratar de darle un entendimiento más holístico en el proceso de evolución del mismo.

“Cada día se necesitan más expertos para ocuparse de sus enfermedades, y cada día aparecen nuevas enfermedades que lo amenazan” (Schnäke: 2008: 28). En esto se vincula directamente con la sociedad del riesgo, por la cual atraviesa cada individuo con la modernidad, que se está inserto por la rápida y cambiante transformación en la sociedad.

Pero, qué pasa cuando el sujeto es diagnosticado de EM por causas Psicosomáticas. El hospitalario, inserto en el modelo médico hegemónico de atención en salud, debe de tomar una importante consideración en cuanto la etiología del malestar, ya que lleva inserto una multifactoriedad de variables que lo disparan, una de las más importantes es la predisposición genética, es decir cada sujeto antes de nacer lleva inserto en el sistema inmunológico una falla, lo que más adelante ocasionará el desarrollo de este malestar, también esta incluido, el estrés crónico al cual estuvo sometido el individuo que se percibe como enfermo, es un constructo complejo por el cual se desarrolla el padecer neurocrónico degenerativo.

3.3 DESCRIPCIÓN PSIOCOSOMÁTICA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

“Algunos estudiosos del tema de la Esclerosis Múltiple, han dicho que es una patología que surge por orígenes Psicosomáticos, es decir el sujeto que se percibe enfermo, cursa con una serie de factores originados por la mente que pueden desencadenar la patología” (Miserda: 2002: 1).

La propuesta mencionada, es muy interesante respecto a los secretos ocultos en las redes neuronales localizadas en el cerebro, vinculadas a las sensaciones, emociones, que a su vez el descontrol de tales, pueden generar un desorden biológico, como el que ya ha sido mencionado. “No aparecen la ansiedad y depresión como hechos relevantes, no obstante que algunas investigaciones ya había sugerido que podría haber alguna relación entre el estrés psicosocial y el desarrollo de esta enfermedad. Puesto que el nuevo acercamiento que se propone es de tipo psicobiológico tanto como para la patogénesis como para las recaídas y la recuperación de esta enfermedad, en este nuevo enfoque la psicoterapia y la psicofarmacoterapia juegan un rol central tanto en el tratamiento como en la prevención de recaídas.

Hipótesis básicas de este nuevo enfoque:

- a) “La EM sería una enfermedad psicosomática resultante del estrés psicosocial preferentemente crónico y su evolución dependería principalmente de la evolución de dicho estrés.
 - b) El comportamiento destructivo del sistema inmunológico dirigido hacia la mielina se gatillaría en relación con el estrés.
 - c) Un adecuado manejo del estrés psicosocial sería muy importante para lentificar, detener o revertir el curso de esta enfermedad” (Miserda: 2002: 7).
- Estas conjeturas resultan interesantes, situándonos en esta colectividad que tiene insertados sujetos que viven en un estrés permanente, debido a una multiplicidad de factores sociales²⁴.

²⁴ Miserda Raúl. “Un nuevo paradigma propuesto para la Esclerosis Múltiple”. *PHAROS*. Revista Semestral de la Universidad de las Américas. Chile. Vol.9. no.1. mayo-junio. 2002

Respecto a los postulados que propone Miserda, al parecer sonarían un tanto incompletos, ya que como se ha visto el factor de susceptibilidad genética es demasiado importante para que el sujeto tienda a desarrollar cualquier patología neurodegenerativa o no, esa variable en el estudio anterior no es tomada en cuenta, sino el científico natural ya descrito sólo se basa en un sujeto que se sometió a previo protocolo médico.

Aunque, si se retorna al modelo médico hegemónico auxiliado por herramientas de biotécnica moderna se tiene que: “La biotecnología moderna ofrece inmejorables posibilidades para influir positivamente en la salud, y por ende en la calidad de vida de las personas, al ofrecer nuevas y mejores oportunidades en las áreas de diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, así como en la rehabilitación de los enfermos”. (Bolívar: 2002:171).

El autor plantea las innovaciones en los campos de la prevención de patologías, al igual que en el tratamiento y suplantación biológica según sea el problema, en varios ámbitos se ha introducido la mejora biológica.

Se deben de tomar en cuenta las propuestas antes mencionadas, ya que influyen de manera determinante en el individuo que se perciba como enfermo crónico, esta comunicación entre mente y cuerpo, todavía de difícil prescripción para el científico natural sin embargo, se hace claro énfasis precautorio en la segunda teoría que propone que el origen de la Esclerosis Múltiple es por causas psicosomáticas, sin previas pruebas irrefutables al respecto de su patología.

Aunque, por medio de los avances de la biología molecular, se hace clara detección de la enfermedad, es una clara ventaja que da las técnicas diagnósticas en medicina.

En el siguiente apartado se muestra como es la percepción de diversos especialistas insertos en los dos modelos clínicos ya revisados, que junto con sus propuestas explicativas, brindan de alguna manera un tratamiento paliativo que contrarreste la progresión del fenómeno principal a estudio.

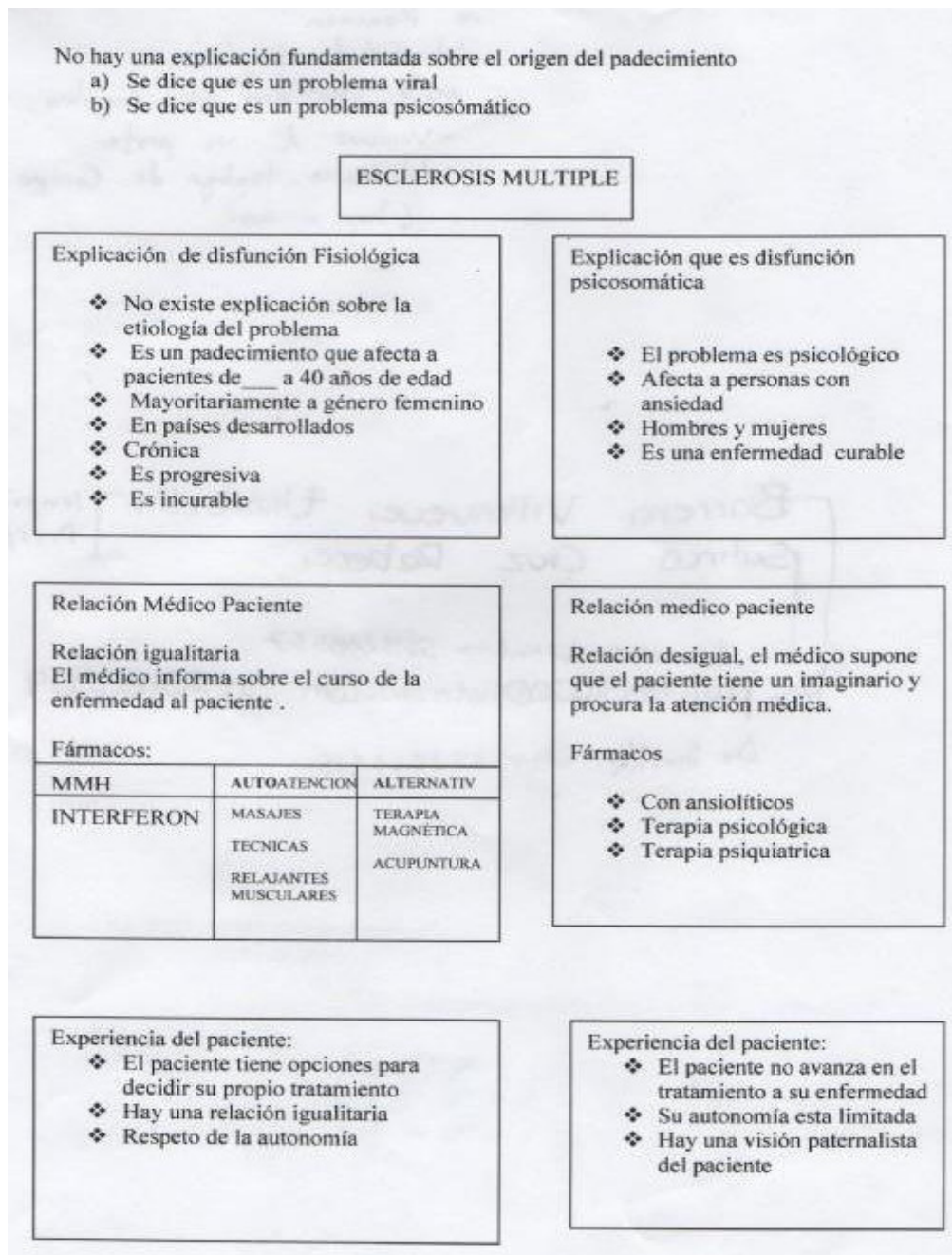


Figura 16. Elaboración de, Dra. María de la Luz Sevilla González. 2010.

Por otro lado, en la figura 15 se describe los dos tipos de percepciones de la visión Fisiológica de la EM y la percepción Psicosomática, al igual que papel tienen los individuos encargados de aplicar los tratos en salud, llamados sistema de Expertos, y que cumplen un papel significativo en la actualidad, ya que de alguna manera analizan los factores de riesgo en que se ve inmerso el paciente al ser diagnosticado con este malestar neurocrónico.

En específico, “existen en México muchos casos de EM que aún no son detectados, conocer la prevalencia de EM así como la incidencia de nuevos casos tiene importantes implicaciones económicas en la planeación y organización de los servicios de salud que incluyen a los proveedores de servicios de salud públicos y privados” (De la Maza: 2006: 7).

Es una especie de alerta al sistema de expertos, que fue dada por un médico que se dedica a la vertiente hospitalaria y académica en Monterrey, el cuál trata de disuadir, en el tratamiento especializado que tiene que tener un individuo percibido con Esclerosis Múltiple, que por su mal desmielinizante, es necesario emplear un conjunto interdisciplinario de especialistas, quiénes pueden otorgar el tratamiento adecuado, bien dirigido a la variante del mal ya descrito.

Un hecho clave consiste en, la humanización del sujeto dedicado a practicar la medicina, sobretodo si este inserto en instituciones públicas de salud en la atención al paciente.

Observar esa charla que en lo ideal debiese surgir al entablar la confrontación cara a cara, Aún contra el tiempo de consulta, que a su vez se desarrolló una técnica ética. Los hospitalarios debieran reflexionar que “hay que considerar un segundo modo de la necesidad el que corresponde a las cosas que ocurren por azar; por ejemplo, la necesidad de que yo enferme exponiéndome a un agente patógeno” (Laín: 1994:27).

Es colocarse en los zapatos del otro, es decir tratar de entender lo que le sucedió a su contemporáneo, en este caso el paciente, dar una visión más profunda y reflexiva, que se acompañe de sus propios conocimientos médicos, pero tratar de que el sujeto diagnosticado como enfermo neurocrónico confíe en este sistema de expertos que representa de algún modo su médico que lo acompañará, en sus sucesivas visitas, charlas, recomendaciones, pláticas que dejen experiencias agradables para ambos sujetos. Como bien lo afirma Laín (1993), la relación médico paciente es un tipo de amistad.

Lo que lleva a describir las conclusiones, junto con los resultados y sugerencias a las cuales se llegó durante esta propuesta teórica,

RESULTADOS

En el estudio se resalta que el trato al paciente neurocrónico debe de ser lo más integral posible, porque;

- a) Los modelos médicos en la EM no son excluyentes uno de otro, el sujeto enfermo puede participar en 1,2 o 3 modelos a la vez, según sus necesidades.

Estas características sociales forman parte del sistema complejo de la EM, que fueron vislumbradas por algunos investigadores. La sociedad mexicana debe tener un comportamiento comprometido, por parte del subsistema médico de atención en donde, actualmente los casos de la enfermedad están en incremento.

Esta en incremento y cobra una mayor importancia porque afecta a la gente joven y va en aumento. Es crucial la vía de implementación de las terapias resultantes, del oportuno diagnóstico del problema.

El caso descrito por una representante del sistema de expertos, da a notar la percepción incompleta en la cual interactúa el especialista perteneciente a la medicina medica hegemónica; sólo brinda obvio reconocimiento a la importancia de los sujetos que son diagnosticados, más no a la implementación de terapias complementarias que mejoren la calidad de vida del enfermo neurocrónico, sino ese comportamiento generado entre análisis y prescripción, que de alguna manera torna estrecho el proceder del individuo encargado de realizar la práctica médica.

Los modelos médicos, han mostrado que no son exhaustivos, por lo cual se articulan los tres para trabajar, ya que la determinante social es importante en la descripción de tal patología, porque con la modernidad, este tipo de malestar es definido como enfermedad social, los enfermos no encuentran un lugar en la sociedad a la que pertenecen.

- b) En segundo lugar, el comportamiento del sujeto afectado en países europeos cuenta con un sistema de expertos bien diferenciado que se encarga de brindarle el tratamiento determinado al sujeto catalogado como enfermo crónico, estas variables ya definidas pueden situarse en los factores socioeconómicos que rodean al amplio sistema complejo que es la Esclerosis Múltiple, que en la actualidad, ya existe una red tupida de interdependencia entre estos elementos sociales.

El soporte institucional que tiene una persona afectada en Europa es mayor que el paciente que vive en México.

Lo que se ha comentado es dentro de la perspectiva de los investigadores. Esto sugiere que los avances biomédicos deben de difundirse y no tenerse escondidos, que la población este enterada de ellos, incluso en sociedades como la nuestra se debe de implementar la cultura de la información, no sólo quedar en manos de unos cuantos, por eso se habla del monopolio del conocimiento científico.

El trato distante por parte de casi la mayoría de los individuos que practican los servicios de salud en instancias públicas y en algunas privadas es, regular o malo, ya que se considera al paciente más como una cosa que como un ser humano.

La complejidad de la enfermedad, sea de cual se trate es irrelevante bajo la percepción del médico, sólo hace el ejercicio de poner en práctica la técnica médica, diagnosticar y prescribir, más no existe una acercamiento que en lo ideal debe de existir en este caso entre el paciente y su neurólogo.

El comportamiento comprometido que debe de llevar a cabo el médico hacia el paciente, en lo ideal debe ser no imponer sus condiciones en cuanto al tratamiento, o sea dejar tener una manera de ser paternalista hacia él sujeto enfermo, sino sugerir que camino o caminos se adecuan para tener mejor la evolución del padecimiento.

Conclusiones

Como consecuencia de este trabajo se advierte que, es importante concientizar al área de la salud, en el espacio social de México, para un diagnóstico oportuno de la Esclerosis Múltiple; esta percepción analítica se obtuvo con el fin de que pueda en un mediano o largo plazo utilizarse como base para obtener un reflexión en cuanto al tratamiento especializado que debe de brindársele a un individuo afectado con un mal neurocrónico. Situado en el espacio social del país.

Si bien los sistemas de expertos están obligados a su actualización permanente, sería importante conocer los beneficios, conocer los beneficios que daría un diagnóstico oportuno para el paciente, el cuál sería beneficioso para el paciente, porque, la población mexicana enferma neurocrónica se encuentra en aumento, el Sistema de Salud tendrá que modificarse como ejemplo de Buenas Prácticas Clínicas, al determinar con premura un diagnóstico eficaz; pero con la innovación en llevar cabo esa relación cara a cara que debe realizar el clínico.

Los modelos médicos que tratan a cualquier sujeto enfermo forman parte de un complejo que interactúa visiblemente entre sí, es decir, el Modelo Médico Hegemónico, el Modelo de autoatención y el modelo de las Medicinas Complementarias, las cuales son coadyuvantes entre sí, no excluyentes.

Si se hace referencia en el sentido crítico, en el aspecto monetario no cualquier individuo aquejado por EM, puede costear el medicamento (interferón), cuyo precio es elevado, aproximadamente 16 000-18 000 pesos mexicanos con trámites un poco complicados.

Puede resumirse que, existen marcos sociales muy complejos que envuelven a un paciente con una patología neurodegenerativa.

Aunque, la educación en salud de la población mexicana debiera ser parte de una actitud responsable, poco sabemos de ciertos padecimientos porque se prefiere no informar.

En las familias se tiene que saber más sobre la diabetes, hipertensión, influenza, SIDA, enfermedades cardiovasculares, sobre las dietas, los tratamientos, incluso también estas enfermedades que con la modernidad se han conceptualizado como sociales, cual es el caso de los malestares neurodegenerativos como la EM, Alzheimer, Parkinson, etc.

Existe una representación social de la EM como enfermedad rara, poco conocida, de gente blanca, de unos cuantos, de europeos. Son simbolismos que se encarga de brindar la sociedad respecto de un sujeto enfermo neurocrónico.

Es por eso que, el conocimiento no debe de monopolizarse a ciertas esferas de la sociedad, sino darse el saber para todo público, sin hacer uso de discriminaciones de algún tipo, una simple frase solucionaría esto, llevarlo a cabo por el bien común, esto sería un modo de solidaridad y unión entre diferentes comunidades si se trata de lo rural, de igual manera en la ciudad se debe de difundir este saber a cada delegación o municipio por pequeño que parezca.

Aunque por sí misma, la afección a la que se refiere este trabajo es de difícil prescripción, porque según la zona donde es producido el daño se origina una cicatriz, se producen afecciones visuales, motoras, sensitivas, de esfínteres y cognitivas, entre otras. Es claro que, por el daño a ciertas zonas del cerebro la manera de conducirse del sujeto varía. En este caso, los trastornos afectivos, que dependen de las lesiones causadas por la patología. En una parte el sujeto tiende a portarse casi siempre eufórico, pero en otra totalmente depresivo que lo lleva a aislarse del mundo que puede ser una especie de elemento compensador.

Cuando el médico haga la primera valoración, tendrá una confusión en un principio, pues los síntomas son parecidos a otros problemas de tipo tumoral, enfermedades como la mielitis transversa, etc.

El paciente con EM es tratado a destiempo en el modelo médico institucional actual, si se acorta este tiempo el paciente será directamente beneficiado.

Recomendaciones

Es necesario prestar atención e importancia debida al análisis del sistema de expertos que se han tratado en distintas formas, donde la tarea principal es hacerlo consciente del malestar que tratar.

En una vertiente microsocial se trató de ahondar en los cambios que surgen en el aspecto psicogenético en el enfermo neurocrónico, los cuales tienen una variedad de factores en su génesis, no sólo por vía de los genes aparecen, como una variable preponderante, sino también por el medio en el cual el individuo se desarrolla, por lo que no es lo mismo un sujeto enfermo de Esclerosis Múltiple en Inglaterra que en México, las estructuras sociales son muy distintas, la primer nación se cataloga como de primer mundo, mientras que países en vías de desarrollo como lo es el territorio nacional difiere mucho la infraestructura en salud, para el tratamiento del paciente con este malestar desmielinizante.

Se debe de llevar a cabo el diagnóstico oportuno es un tema fundamental, ya que en el Modelo Médico Hegemónico (o de la medicina institucional): el profesional confunde los síntomas con otras enfermedades, porque el padecimiento cursa con sintomatologías diversas, lo que hace complicado su diagnóstico.

Sin embargo, el paciente, es atendido por el galeno inserto en la medicina médica hegemónica o en las medicinas complementarias incluido el modelo de autoatención, debe llevarse de la mano el aspecto humano del médico para con el enfermo neurocrónico, al parecer en algunas instituciones donde se estudia la carrera de medicina situadas en México, se ha tratado introducir como materia a los futuros científicos naturales, está clase nombrada Bioética (en el glosario es definida).

Desafortunadamente, los valores obtenidos de acuerdo a los lineamientos de la ética médica y el tratamiento de los aspectos necesarios para realizar ensayos farmacológicos, tomaron 50 años del siglo pasado para ser presentados y

aceptados de manera oficial. Se ha sugerido que la reflexión hacia la Bioética tardó un tanto en aprobarse oficialmente, pero finalmente se logró.

De manera lenta pero reiterativa se debiese concientizar al sujeto que se encarga de practicar la medicina para que su comportamiento se torne más humano, es decir no sólo al paciente tomarlo como un número más de registro, sino como a un contemporáneo, inserto en un conjunto social, que lo que lo separa es, el estatus de médico que toma ante la sociedad él primer individuo, mientras él segundo es entendido como paciente.

Cuando se le diagnostica una patología neurocrónica como es la EM, el médico debe actuar como interlocutor, porque a través del galeno, el individuo, conoce el mal que le ha sido diagnosticado.

Establecer una relación cara a cara, aunque el tiempo físico sea muy limitado debido a la mala implementación en el trato a pacientes con padecimientos desmielinizantes como lo es la EM.

El avance de la Biotecnia en una parte por motivos del surgimiento de enfermedades que hoy resultan una amenaza, que si no hay la debida precaución se genera una Pandemia, como es el caso del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

El desarrollo de las tecnologías digitales en información, han previsto de una manera rápida lo que sucede aún en países diferentes al mismo tiempo. Una herramienta de difusión para cualquier índole de forma muy innovadora.

Esto se puede contrarrestar con la debida información que el propio sujeto haga de ella un hábito, o simplemente sugerir a los medios de comunicación masiva la transmisión de programas científicos, en este caso acerca de informar los tipos de padecimientos más comunes en la colectividad mexicana, con lenguaje claro y entretenido, sean por televisión, radio o medios escritos como diarios, revistas, folletos, el punto clave es mantener a la ciudadanía incluso a las personas que habitan zonas rurales o hablan algún idioma indígena, este tipo de servicio en su idioma; la clave está en expandir a todos los pobladores una información trascendente a nivel nacional.

Pero, se realiza un enlace biunívoco por esta razón se propuso una visión integral donde sugiere que la Biotécnica ha dado lugar a un debate que no es exclusivo de los científicos, en el que participan sectores cada vez más amplios de la sociedad.

Más aún, es de importancia básica fomentar una cultura científica en la sociedad, que permita a cada individuo tener acceso a niveles de vida más altos y más satisfactorios, y a una comprensión y apoyo a las actividades científicas y tecnológicas, incluida la Biotecnología.

Bibliografía.

- Aguileras Portales, R. E. (2010). "Biopolítica, poder y sujeto en Michel Foucault" UNAM. México. *Universitas* Revista de Filosofía, derecho y política, No 11. Enero.
- Álvarez L, Nelson. E. (2009). "Enfermedad y Cultura". Seminario de Antropología Médica. Escuela Superior de Medicina. Instituto Politécnico Nacional. México.
- amediavoz.com/heine.htm,15/03/11
- Arganis J, E. N. (2005). "La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes. Residentes en Iztapalapa DF". México Distrito Federal. *Cuicuilco*. enero-abril. Año /vol. 12. Número 033.
- Barcells A. Marañón, G. (2002). *Síntoma y Síndromes. Manual de Diagnóstico Etiológico*. Espasa Editorial. Universidad de Navarra.
- Beck, Ulrich (2006). *La sociedad del riesgo hacia una nueva modernidad*. Paidós. España.
- Boffey S, Trevan y K.H Goulding y Stanbury. (1990). *Biotecnología. Principios Biológicos*, Editorial Acribia S.A., Zaragoza España.

- Bolívar Z, Francisco. (2002). *Biotecnología moderna para el desarrollo de México en el siglo XXI; retos y oportunidades*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Boroch, Ann (2008). *Libre de Esclerosis Múltiple. Cuidados, desintoxicación y plan nutrimental para la recuperación total*. Santillana ediciones generales S.A de C.V. México.
- Castellano P, Fernando (2010). "Patogenia de la Esclerosis Múltiple". *Asociación Cordobesa de Esclerosis Múltiple*. [www.alcavia.net/acodem/informes.htm]. España.
- Cortés Gabaudan, F. (2000). *Pequeño Diccionario Médico Etimológico*. Merrian Webster Dictionary. México.
- Curbet, www.iigov.org/ss/article.drt?edi=184396&art=1843982010
- De Abajo, J. F. (2010) "La Declaración de Helsinki VI: Una Revisión Necesaria, pero ¿suficiente?". *Revista española de salud pública*. vol.75 no.5 Madrid Sept. /Oct. 2001. España.
- De la Maza, Flores M. Georgina Arrambide García. (2006). "Prevalencia de la Esclerosis Múltiple en el municipio de San Pedro Garza García Nuevo León". *Avances revista de divulgación médico científica*. Hospital San José Tec de Monterrey. Vol. 3. Núm. 9. Mayo Agosto. México.

- Derbez García, E. (2003) "Entrevista al Dr. Sergio Estrada Parra". *Ciencia UANL* Vol. VI. No. 2. Abril-Junio. México.

- Elósegui I, M. (2004) "Fundamentos de la bioética y necesidades actuales". [<http://www.uninet.edu/bioetica/elsegui.pdf>]. México.

- Foucault, M (1984). *Historia de la sexualidad 3. La inquietud de si*. Editorial siglo XXI. México.

- Freud, Sigmund. (1984). *El malestar en la Cultura*. Editorial Alianza. Madrid.

- García, Rolando (2006). *Sistemas Complejos Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Editorial Gedisa. Barcelona.

- García R, Guillermo Teresa Corona Vázquez, Humberto Juárez Jiménez, Minerva López Ruiz, Matilde Ruíz García, Lilia Núñez Orozco, Fernando Zermeno Pôhls, Juvenal Gutiérrez Moctezuma. *Plan único de especializaciones médicas en Neurología*. UNAM. México.

- Giménez M, Gilberto (2000). "Identidades Sociales". *Teoría y análisis de la cultura*. vol. 2. México.

- Girola Molina, Lidia (1999). *Una introducción al pensamiento de Anthony Giddens*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco. México.
- Girola, Lidia Rafael Farfán. (2003). *Cultura y civilización El pensamiento crítico alemán contemporáneo*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco. México.
- Godina N, J, José. "Física Médica en el departamento de Física del Cinvestav". *Avance y Perspectiva*. CINVESTAV. México.
- González M, Rafael (1998). *El extraño caso de la mielina pérdida*. Grupo editorial universitario. Granada.
- Hamer, Dean. P. Copeland (1998). *El misterio de los genes*. Javier Vergara editores. Argentina.
- Hawking, Stephen (2004). *A hombros de Gigantes las grandes obras de la física y la astronomía*. Editorial Crítica Barcelona.
- Hernández P, José (2005). *Epistemología y sentido común*. UAM-A. México.
- <http://www.atlasofms.org/query.aspx>, 2008.

- http://www.lasegunda.com/ediciononline/ciencia_tecnologia/detalle/index.asp?idnoticia=408023 :28/02/10.
- <http://www.ohani.cl/biomagnetismo3.htm>, 6/05/11).
- ingbiomedica.wordpress.com
- Jiménez García P, Rafael (1998). “El cumplimiento de los derechos humanos: primera medida de salud pública”. *Revista Española de Salud Pública*.v.72 n.6 Madrid Nov. /Dic. 1998. Madrid.
- Kleinman citado en Canals Sala Joseph (2002). “El Regreso de la reciprocidad”. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar”. Tesis de doctorado. Tarragona.
- Kübler R, Elisabeth (2007). *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. Grupo editorial Random House Mondadori. México.
- Laín Entralgo, Pedro (1987). “La recepción de Aristóteles”. *Historia Universal de la Medicina*. Tomo: II, III. Masson Multimedia. LVD & D.E.U.A
- Laín Entralgo, Pedro (1994). “Técnica ética y amistad médica”. *Medicina y sociedad*. Fondo de Cultura Económica. México.

- Lamas, M (1993). "Lo publico y lo privado. La bioética, proceso social y cambio de valores". *Sociológica*. Vol.: Año 8. Núm. 22. Mayo-Agosto. México.

- "Las ciencias neurológicas en el escenario de la salud en el año 2010". *Mirador universitario series*. Miércoles 27 de junio y 4 de julio de 9:00 a 10:00 horas.

- López, Patricia (2011). "Un diagnóstico temprano reduce efectos de la Esclerosis Múltiple". UNAM. *Gaceta*. 21 de febrero. México.

- Martínez C, Fernando (1983). *Enfermedad y Padecer*. La Medicina del Hombre en su Totalidad, S.A. de C.V. México.

- Martínez López, Manuel (2001) Dr. "Resonancia Magnética". *Ciberhabitat*. Ciudad de la Informática. Hospital Medica Sur. Agosto. México.

- Martínez Palomo, Eduardo (2009). "Mexicanos-asocian el virus-de la varicela zoster a la esclerosis múltiple". *La jornada*. 23 septiembre. México.

- Menéndez L, Eduardo (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciencia y Salud Colectiva*. 8(1):185-207. México.

- Menéndez L, Eduardo (1986). "Modelo médico. Salud obrera y estrategias de acción del sector salud". *Nueva Antropología*. Vol. VIII. No 29. México.
- Miserda, Raúl (2002). "Un nuevo paradigma propuesto para la Esclerosis Múltiple". *PHAROS*. Revista Semestral de la Universidad de las Américas. Chile. Vol.9. no.1. mayo-junio. Chile.
- Moreira M.A. Tilbery, C.P. Lana-Peixoto Mendes, M. F Maciel- Kaimen. Callegaro D. "aspectos Históricos de la Esclerosis Múltiple", *Revista de Neurología*. 2002. 34 (4): 378-383.
- Padilla A, Jaime y López-M. C. Agustín (2002), *Alimentos transgénicos* colección viaje al centro de la ciencia. ADN editores SA. De CV. México.
- Pérez B, Rogelio. "El juicio de Nüremberg". (2005). [www.cgae.es/portalCGAE/archivos/ficheros/1170354664172.pdf]. (26 febrero 2010). España.
- Pérez O, Milagros (2006). "Entrevista Diego Gracia. El maestro Deliberador". *El país*. 29 Enero 2006: 5. México.
- Pérez T, Ruy Arnoldo Kraus (2007). *Diccionario incompleto de bioética con comentarios y preguntas*. Editorial Taurus. México.

- Rojas E, Óscar (1996). *Inmunología*. Ed. Médica- Panamericana, México.
- Schering et al. (2001). "Vivir con la Esclerosis Múltiple Aspectos psicológicos". Agosto. México.
- Schnäke, Adriana (2008). *Los Diálogos del cuerpo. El enfoque holístico de la enfermedad*. Cuatro vientos editorial. Décima edición. Chile.
- Sontag, Susan (1996). *La enfermedad y sus metáforas. El Sida y sus metáforas*. Santillana Taurus. Madrid.
- Sperber, Dan (1988). *El simbolismo en general*. Temas antropológicos. Editorial Anthropos. Barcelona.
- Schütz, Alfred (2003). *El problema de la realidad Social*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- *Un Milagro para Lorenzo*. Dir. George Millar. Protg. Nick Nolte, Susan Sarandon. Universal Pictures. 1992.
- Waizel B, José (2006). *Las plantas medicinales y las ciencias una visión multidisciplinaria*. Instituto Politécnico Nacional. Primera edición. México.
- Weber, Max (2001). *El político y el científico*. Ediciones Coyoacán. Séptima edición México.

- Xirau, Ramón (1990). *Introducción a la Historia de la Filosofía*. UNAM. México.
- http://www.lasegunda.com/ediciononline/ciencia_tecnologia/detalle/index.asp?idnoticia=408023 :28/02/10.