

# Prácticas y discursos en la medicina āyurveda contemporánea

José Manuel Muñoz-Muñoz

Enfermero, Antropólogo. Centro de Estudios Ayurvédicos

Recibido: 4/10/2015

Aceptado: 26/10/2015

## RESUMEN

En el presente artículo se describe y explica la diversidad de prácticas y discursos que emergen de la medicina *Āyurveda* contemporánea. La investigación ha consistido en un estudio transversal basado en metodología cualitativa, con una muestra de 19 profesionales del Estado de Maharashtra (India). La práctica ayurvédica es variable por su propia naturaleza y también está influenciada por la biomedicina. Sin embargo, conserva una lógica racional que gira en torno al diagnóstico, y que está acomodada en los principios tradicionales de sus textos clásicos.

**Palabras clave:** Ayurveda, medicina tradicional, variabilidad en la práctica clínica, pluralismo asistencial, itinerario terapéutico.

## Practices and discourses from the contemporary *Āyurveda* medicine.

## ABSTRACT

This article describes and explains the variety of practices and discourses emerged from the contemporary *Āyurveda* medicine. The investigation consists of a cross study based on a qualitative methodology, selecting a sample of 19 professionals in Maharashtra (India). The ayurvedic practice can change by its own nature and it is also influenced by the biomedicine. However, it maintains a rational logic which revolves around the diagnosis and accommodates the traditional principles of its classic texts.

**Key words:** Ayurveda, traditional medicine, variability in clinical practice, medical pluralism, therapeutic itinerary.

## INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA ĀYURVEDA

*Āyurveda* es la medicina tradicional mayoritaria en la India. La palabra *Āyurveda* procede de las raíces sánscritas "ayuh" o 'vida', y "vidya" o 'saber'. La mayoría de los autores relacionan el origen de la medicina *Āyurveda* con el Veda, en particular con el *Atharva Veda* (900 a. C.) y el *Rig Veda* (1200 a. C.) (1, 2, 3, 4). La teoría que desarrollan los textos clásicos de esta

medicina evidencia una influencia dominante de las filosofías hindúes *Sāṃkhya* y *Vaiśeṣika* (5).

La salud se identifica con unos humores mentales y físicos (*doṣa*(s)) en armonía, unos tejidos (*dhātu*(s)) y canales corporales (*srota*(s)) óptimos, una eliminación apropiada de desechos (*mala*(s)), un buen funcionamiento del fuego digestivo (*agni*), una mente (*manas*) equilibrada, unos sentidos alertados, etc. La enfermedad aparece cuando los humores afectan a los tejidos y los canales (6).

Correspondencia:

josemanumm@yahoo.es

El manejo de la enfermedad empieza por el diagnóstico, que está basado en la observación, la anamnesis y la exploración (7). Es habitual que el *vaidya* (profesional ayurvédico) revise el estilo de vida, la dieta y el ambiente donde reside el paciente. La exploración más común, conocida como *aṣṭasthāna parīkṣā*, consiste en analizar ocho aspectos clave: el pulso, la orina, las heces, la lengua, la voz y los sonidos corporales, los ojos, la piel y la apariencia general (8). Además se complementa, entre otros aspectos, con un examen del sistema digestivo, y la fuerza física y mental (9).

El tratamiento consiste en restablecer el equilibrio humoral y fortalecer los tejidos y la mente. Las estrategias básicas están enfocadas al apaciguamiento de los humores (*saṁśhaman*), o su eliminación fuera del organismo (*saṁśhodan*). El apaciguamiento se logra mediante la administración de diversos productos (alimentos, plantas medicinales, aceites, etc.) y la implementación de algunas prácticas (ayuno, ejercicio, oleado, etc.) (10). La eliminación de los humores es posible mediante técnicas específicas como la inducción del vómito, la purgación, el enema, la sangría, o la instilación nasal de sustancias. En conjunto reciben el nombre de *pañcakarma* (11).

## MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

En la India existe una situación de pluralismo médico, es decir, coexisten varios modelos de atención sanitaria: biomedicina, sistemas tradicionales oficiales (*Āyurveda*, *Unani* y *Siddha*), sistemas de "medicina no convencional" oficiales (Homeopatía, Yoga y Naturopatía) y otros sistemas ligados a la tradición oral y de alcance local.

La mayoría de los estudios publicados sobre *Āyurveda* están centrados en la eficacia y la seguridad de sus tratamientos (12). Los métodos habituales de estos estudios son el ensayo clínico y el análisis farmacológico. Estas metodologías pueden proporcionar validez interna en la evaluación de un determinado producto (planta, aceite medicado, etc.). Sin embargo, los resultados de estos estudios son difícilmente generalizables en la práctica.

En la presente investigación se ha realizado una aproximación a la medicina *Āyurveda* como un sistema integral y singular, proponiendo como objeto de estudio la práctica clínica. En particular, se perseguía

describir y explicar la diversidad de discursos y prácticas que emanan del ejercicio profesional y de la relación con la biomedicina. El foco de atención se ha situado en los significados que elaboraban los sujetos (visión "emic"), los procesos y el contexto original.

La práctica médica se presentaba como un fenómeno muy heterogéneo. Con esta investigación se buscaba profundizar en la variabilidad de la práctica y sus posibles causas. Por otro lado, cabía preguntarse por la influencia que tenía la biomedicina como sistema hegemónico, y, en particular, ¿qué aspectos de la biomedicina se habían incorporado a la práctica ayurvédica y de qué forma habían modificado esta práctica? Los profesionales no percibían estas características como una amenaza para su profesión. Pero entonces surgían otras preguntas de orden epistemológico. A saber: dentro de la diversidad con la que se manifestaba la práctica ayurvédica, ¿qué era lo esencial y dónde estaban los límites?

El contexto geográfico de esta investigación fue el Estado de Maharashtra (India). El trabajo de campo se desarrolló en 6 estancias cortas de entre 10 y 30 días. La primera fue en octubre de 2009 y la última en diciembre de 2013.

La investigación se ha ajustado a un estudio transversal basado en una metodología cualitativa múltiple (13). Los métodos y técnicas de recogida de datos fueron la observación participante (OP), la entrevista semiestructurada (ES) y la observación directa estructurada (ODE). La OP ha permitido al investigador introducirse en la realidad social, captando así el punto de vista nativo sobre las actividades y relaciones entre los actores (14, 15, 16). El trabajo de campo fue documentado en un diario de campo inédito, que ha servido como herramienta de control de la investigación. La información recogida ha sido analizada mayoritariamente con un estilo de "edición" basado en el modelo "grounded theory" (17).

Participaron 19 profesionales, de los que se estudiaron entre 3 y 5 visitas con diferentes pacientes. Los *vaidya(s)* fueron seleccionados mediante un muestreo intencionado basado en el criterio de "máxima variación" (18). Se buscaron profesionales de distintas edades, localizaciones geográficas, especialidades y prácticas dentro del Estado de Maharashtra. En total se documentaron 71 visitas médicas. La selección de los casos respondió a un criterio aleatorio. Todos los profesionales y pacientes cuyos casos fueron incorporados a esta investigación, firmaron un consentimiento informado.

## VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA

La medicina *Āyurveda* está sujeta a un número considerable de estrategias, métodos, técnicas y productos, por lo que es frecuente que los *vaidya*(s) se especialicen (19). Los profesionales estudiados presentaban diferencias prácticas significativas en la entrevista, la exploración y el tratamiento. Aquí interesaba conocer cuáles eran las diferencias y las explicaciones que podían motivarlas.

Durante la entrevista clínica destacaron las siguientes categorías o temas: síntomas, historia médica, eliminación (heces, orina, sudor), actividad y hábitos, alimentación y apetito, y naturaleza del paciente. Pero no todas aparecían en los casos estudiados. Y en las que presentaban mayor consenso, la aproximación que realizaban los profesionales era muy desigual. Por ejemplo, el *vaidya* 1 ofrecía explicaciones extensas sobre la importancia del apetito a sus pacientes, y las relaciones con el clima, la actividad física o la alimentación: “El metabolismo depende del apetito... Si sigue una actividad sedentaria no conseguirá incrementar su metabolismo... Solo debe comerla en abril y mayo” (caso 1.2). Sin embargo, los *vaidya*(s) 13 y 19 no hicieron referencias al apetito durante las visitas médicas presenciadas.

Algo similar ocurrió con la exploración física. En general, las exploraciones se correspondían con los motivos de visita. Pero los profesionales también exploraban otros parámetros, entre los que destacaron el pulso, la lengua y la cavidad oral, el abdomen, los ojos, la piel y los ruidos respiratorios. Incluso en los métodos que presentaron mayor consenso, la exploración del pulso y de la lengua, podían apreciarse divergencias de discurso y forma. Por ejemplo, el pulso generaba información contradictoria y algunos profesionales cuestionaron su uso: “Es un conocimiento que tienen muy pocas personas. Esta falta de honestidad también se manifiesta en lo económico...” (*vaidya* 4).

Las estrategias terapéuticas presentaban cierto consenso. Donde se apreciaba una mayor diversidad era en la elección de técnicas y productos medicinales.

Todos los *vaidya*(s) aceptaron la existencia de variaciones. Entre las explicaciones, predominaba la idea de que estaban influenciados por la práctica y la experiencia propia. “La medicina es práctica, y por eso yo he cambiado mucho, ahora ofrezco cosas totalmente diferentes de las que ofrecía cuando empecé hace 20 años” (*vaidya* 3).

Parece claro que la formación académica no era un elemento importante de variabilidad, porque el currículo

está estandarizado (20). Los tratados clásicos son un factor homogeneizador, pero estos tratados ofrecen un conocimiento abierto. No recogen todas las situaciones clínicas y requieren de la intervención profesional para ser interpretados, contextualizados y aplicados. El ejercicio profesional no estaba sujeto a ninguna pauta sino que cada *vaidya* desarrollaba su práctica libremente como un proceso en evolución, el cual perfilaba un estilo propio. La mayoría de profesionales reconocieron que su forma de trabajar estaba influenciada también por el aprendizaje que realizaron junto a otros *vaidya*(s) experimentados o “seniors”. Así, la práctica ayurvédica se revelaba como un ejercicio resultante de la combinación de los conocimientos académicos, la experiencia acumulada como *vaidya* generalista o especializado, y las enseñanzas y consejos de los *vaidya*(s) que le habían adiestrado (Figura 1).

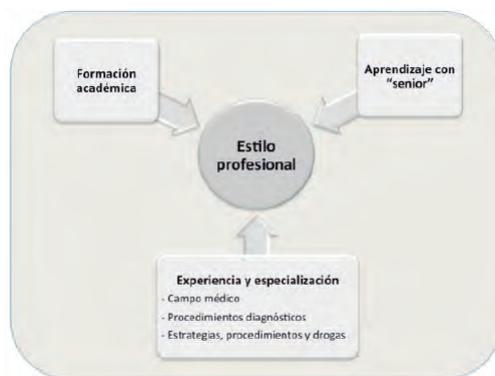


Figura 1. Práctica ayurvédica.

Langford (21) ha mostrado distintos momentos etnográficos de tres practicantes con perfiles muy diferenciados, sin embargo, la presente investigación ha demostrado que la variación aparecía también entre profesionales de edad similar, incluso cuando habían estudiado en los mismos “colleges” y ejercían en la misma ciudad.

En el ámbito de la biomedicina, la variabilidad en la práctica es percibida como una amenaza para los pacientes y los gestores porque abre la posibilidad de no aplicar la intervención más efectiva (22). A diferencia de la biomedicina, en la medicina *Āyurveda* no se persigue la unidad de actuación. En coherencia con la tradición, la práctica ayurvédica es libre. Por otro lado, la medicina tradicional no está sometida al grado de innovación de la biomedicina, por lo que no genera la necesidad de informar y ordenar el uso de nuevas tec-

nologías y drogas. Las fuentes de conocimiento son fiables y no cambian, proceden de la literatura clásica y siempre son accesibles.

## INFLUENCIA DE LA BIOMEDICINA

La medicina *Āyurveda* se ha relacionado históricamente con otras tradiciones médicas (1, 2). En la actualidad, la mayor influencia procede de la biomedicina, que ostenta una posición hegemónica (23, 24, 25). A continuación se analizan los aspectos biomédicos más destacados dentro de la medicina *Āyurveda*, así como el modo en que influyen y modifican su práctica.

Durante las visitas médicas pudo constatarse un lenguaje a medio camino entre el argot médico y el lenguaje coloquial, que permitió la comunicación dentro del ámbito terapéutico. Este lenguaje se caracterizaba por la utilización espontánea de conceptos ayurvédicos y biomédicos. En algunos casos, el uso de conceptos biomédicos (diagnósticos, pruebas complementarias, etc.) era tan significativo como el de los propios de la medicina *Āyurveda* (*vaidya*(s) 10, 12, 16 y 19).

Un primer análisis de este fenómeno sugería criterios prácticos. Los profesionales priorizaban la construcción de una comunicación eficaz con el paciente. Si el modo de referir una enfermedad dentro del contexto social marathi era la categoría biomédica, los *vaidya*(s) formulaban una interpretación biomédica de las categorías ayurvédicas.

Algunos autores (26, 27) han apuntado que el origen de este lenguaje residiría en las primeras traducciones de los textos clásicos. Estas traducciones podrían considerarse una parte de las estrategias de institucionalización impulsadas durante el proceso colonial, y el resultado de una relación asimétrica entre la biomedicina y la medicina *Āyurveda*, que se ha perpetuado hasta hoy (28, 29).

La presencia de la biomedicina también se evidenciaba en las pruebas complementarias biomédicas. Todos los *vaidya*(s) interpretaban estas pruebas e incluso las solicitaban. Los *vaidya*(s) especializados solicitaban más pruebas, y lo hacían mayoritariamente desde la primera visita.

Las pruebas complementarias incidían fundamentalmente sobre el diagnóstico. Aunque hubo alguna discrepancia acerca de su necesidad, los profesionales coincidieron en su utilidad para confirmar el diagnóstico y hacer el seguimiento de la enfermedad. “Es

posible que Caraka y Suśruta no necesitasen estos medios porque tenían una gran capacidad, pero nosotros no.” (*vaidya* 1). También refirieron el uso complaciente de estas pruebas: “Es más por el paciente; quiere algo concreto para comprobar la mejoría” (*vaidya* 8). Este argumento revelaba la presión social que existía detrás de algunas prácticas ayurvédicas. Los pacientes parecían tener una mejor percepción del *vaidya* que incorporaba estas pruebas, en la medida que daba a entender que conocía bien los dos sistemas y podía aprovechar las ventajas que le ofrecían.

Pero la presencia de la biomedicina influía de una forma más amplia, ya que modifica las relaciones y los discursos dentro del ámbito sanitario. En este entorno médico plural e interconectado, el paciente asumía un papel activo para elegir entre distintas medicinas. El resultado era la aparición de itinerarios terapéuticos complejos. Las opciones comprendían tratamientos diferenciados por su naturaleza y objetivos, que satisfacían necesidades y diagnósticos igualmente diferenciados. Cada profesional podía resolver unos problemas de salud según su especialidad y experiencia. Se apreciaban incluso diferentes dominios epistemológicos, es decir, problemas situados en distintos niveles de realidad y abordables por distintas formas de conocimiento, métodos y profesionales. Los ejemplos más claros fueron los *vaidya*(s) 5 y 15, que ofrecían servicios de astrología y psicoterapia respectivamente.

El discurso de los pacientes era eminentemente práctico y dinámico. La falta de resultados satisfactorios o la búsqueda de una alternativa menos agresiva, eran las motivaciones más habituales para recurrir a la medicina *Āyurveda*. A menudo, los pacientes crónicos simultaneaban los tratamientos biomédico y ayurvédico para maximizar los beneficios.

El discurso de los profesionales estaba menos definido y solía ser objeto de conflicto. Dependía de la mayor o menor aceptación de la biomedicina y sus técnicas. El discurso integrador estaba representado en los comentarios equidistantes del *vaidya* 19. El auge de la medicina moderna era interpretado como una oportunidad para evolucionar. “Las dos ciencias van juntas. Es imposible separarlas. Muchas veces uso las dos con los pacientes, a veces solo *Āyurveda*, a veces nada de *Āyurveda*” (*vaidya* 19). Los *vaidya*(s) 13, 14 y 17 matizaron esta posición. A diferencia del *vaidya* 19, estimaban necesaria la militancia y la defensa de la medicina *Āyurveda*, particularmente de su filosofía y valores.

La mayoría de los profesionales adoptaron un discurso moderado y no integrador. Se referían más

bien a una convivencia o paralelismo asistencial. La incorporación de pruebas biomédicas era un signo de modernidad que no alteraba sustancialmente la práctica. Podía considerarse un sincretismo medido para modernizar la medicina y evitar una situación de marginalidad.

En algunos casos, especialmente entre los *vaidya*(s) que trabajaban en un entorno rural, se evidenciaba una lucha por el poder y el control del espacio médico, y en última instancia, por la supervivencia de la profesión. El *vaidya* 10, por ejemplo, prescribía medicamentos alopáticos: “Prefiero evitarlo pero sé que si no doy estas alternativas puedo perder clientes, y yo vivo de esto”.

## UNA CIENCIA DIFERENTE

La mayoría de autores ha descartado que la presencia de subjetividad esté confrontada con la racionalidad (30, 31). No obstante, algunos autores, en abierta comparación con la biomedicina, han defendido que sí ha contribuido a la falta de cientificismo y profesionalización (23, 32). Dentro de una práctica variable e influida por la biomedicina, cabía preguntarse cómo elaboraba el *vaidya* su juicio clínico, y qué era lo que proporcionaba coherencia a la práctica ayurvédica.

El concepto ayurvédico que mejor se ajusta al razonamiento lógico es *yukti*: “El conocimiento que ve las cosas producidas por la combinación de múltiples factores causales...” (33). Los profesionales documentados iniciaban su actuación con la recopilación de datos clínicos mediante la entrevista y la exploración. Algunos profesionales también introducían otros factores. Los *vaidya*(s) 4 y 19 referían la importancia de estudiar aquello que destacaba más. En el otro extremo se situaban los comentarios de los *vaidya*(s) 14 y 18, que subrayaban la información obtenida a través de pruebas complementarias.

En cualquier caso, los profesionales buscaban relaciones lógicas entre etiología, síntomas, patología y tratamiento, excluyendo así la causalidad arbitraria o sobrenatural. La mayoría de los razonamientos sugerían un pensamiento basado en una estrategia causal. Es decir, los *vaidya*(s) desarrollaban explicaciones coherentes con los principios fisiológicos y patológicos de la medicina *Āyurveda*. Se inclinaban por investigar las causas del problema de salud, citando criterios como el comportamiento de los humores en relación con los tejidos, la edad o el funcionamiento

metabólico. Los *vaidya*(s) 1 y 11 constituían los mejores ejemplos, porque desarrollaban sistemáticamente un procedimiento hipotético deductivo.

En menor medida, los profesionales también introducían una estrategia determinística basada en experiencias previas. Particularmente entre los *vaidya*(s) especialistas y “seniors”, se apreciaban razonamientos centrados en patrones de cuadros clínicos conocidos (*vaidya*(s) 3, 4, 5, 13 y 19). “Después de la experiencia de tantos años, a veces tengo estas ideas. Es como un sexto sentido” (*vaidya* 19). Estos profesionales tendían a razonar buscando analogías con los juicios clínicos de casos resueltos.

En el marco de la presente investigación, los profesionales situaron el límite de la variabilidad en el diagnóstico. “Es posible que todos lleguemos al mismo diagnóstico pero con ideas diferentes, y usaremos productos diferentes” (*vaidya* 3). Es decir, se aceptaba que la mayor parte del trabajo del *vaidya* estaba sujeto a la valoración subjetiva de innumerables criterios. Pero no el diagnóstico, que constituía el punto de convergencia y el mayor esfuerzo dentro del razonamiento ayurvédico.

Trawick (34) y Obeyesekere (35) se han referido a la creatividad respecto de situaciones no codificadas en los textos clásicos, aludiendo a conceptos como “intersubjetividad” o “bricolage” respectivamente. Los hallazgos de esta investigación no permiten generalizar la invención de categorías diagnósticas como ocurría en el caso documentado por Trawick. La inmensa mayoría de los diagnósticos se ajustaban a los descritos en la literatura clásica. Constituía un criterio de conocimiento y buena praxis que fuese así. No obstante, sí corroboran que los razonamientos realizados por la mayoría de los *vaidya*(s) eran únicos y respondían a la necesidad de personalizar cada atención y tratamiento.

Los conocimientos académicos, las habilidades clínicas y la lógica, se complementaban con la experiencia y la actitud autocrítica del profesional para construir el razonamiento ayurvédico. El seguimiento del paciente facilitaba el cierre del razonamiento como un ejercicio de reflexión y conciencia sobre la propia práctica. El *vaidya* desarrollaba así un aprendizaje autodirigido y en constante evolución.

Aquí la experiencia adquiría un significado más profundo porque se erigía en fuente de verdad. Esto ocurría de una forma muy ideologizada y como mecanismo de reforzamiento de la profesión, donde el *vaidya* “senior” constituía una referencia social, académica, e incluso moral. En el contexto de la ciencia moderna, la verdad

ha sido institucionalizada a través del método científico y la búsqueda de evidencias (36). En la medicina *Āyurveda* contemporánea, la ortodoxia de los tratados clásicos (*āptavachana*) parece aliarse con la experiencia (*anubhava*) del *vaidyā* para producir conclusiones veraces a través del razonamiento (*yukti*).

## CONCLUSIONES

La variabilidad en la práctica ayurvédica no ha sido problematizada dentro de la disciplina. Históricamente, no ha habido interés administrativo ni corporativo por una evaluación de la práctica médica, ni por unos estándares de calidad más allá de la deontología.

La práctica constituía un fenómeno complejo por su carácter reflexivo y adaptativo (a cada individuo y ambiente). A diferencia del profesional biomédico, presionado para llegar rápidamente a un diagnóstico de certeza, el *vaidyā* entendía la enfermedad como un proceso dinámico que requería de un seguimiento y ajustes terapéuticos. La incertidumbre durante las decisiones clínicas estaba perfectamente integrada y compensada en este proceso, donde tenía cabida, por ejemplo, el ensayo o prueba (*upaśaya*) como parte de la estrategia diagnóstica y terapéutica.

La presencia de la biomedicina ha transformado significativamente la práctica ayurvédica. Pero esta es la consecuencia de los procesos de institucionalización coloniales y poscoloniales. El reconocimiento de los sistemas médicos tradicionales favoreció la creación de hospitales y escuelas universitarias, pero su funcionamiento ha imitado en gran medida a las instituciones biomédicas. Las discordancias entre forma y contenido han generado ambigüedades y diferencias de discurso. Por un lado, los profesionales defendían un conocimiento y una práctica basada en la tradición, pero también aplicaban el lenguaje, la tecnología y los métodos de investigación biomédicos. Parecía que la medicina *Āyurveda* solo podía legitimarse a través de la biomedicina.

Estas contradicciones resultan del encuentro entre la necesidad de proteger una medicina tradicional con identidad propia, y que cuenta con profesionales orgullosos para defenderla, y la realidad pujante y hegemónica de la biomedicina. Los cambios han contribuido a que la medicina *Āyurveda* se haya mantenido en el tiempo sin aislarse. Los *vaidyā(s)* circunscribían los cambios a los procesos de conocimiento, amplificando ahora por las innovaciones tecnológicas, aunque

no cabía la discusión sobre los aspectos esenciales puesto que se conservaba la filosofía, los fundamentos fisiológicos y patológicos, así como todo el arsenal terapéutico recogido en los tratados clásicos, considerados en conjunto como "autoridad" (*āptavachana*).

Los *vaidyā(s)* desarrollaron razonamientos lógicos dentro del marco conceptual y práctico de la medicina *Āyurveda*, con objeto de delimitar diagnósticos y establecer tratamientos. La percepción de falta de cientificismo se debía a la tensión entre la metodología y el conocimiento experimental importado de la biomedicina, y los principios de una filosofía tradicional y sus construcciones fisiopatológicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jolly J. Indian medicine. New Delhi: Munshiram Manoharlal Publishers; 1977.
2. Filliozat J. The classical doctrine of Indian Medicine. Its origins and its Greek Parallels. Delhi: Munshiram Manoharlal; 1964.
3. Zysk KG. Religious Healing in the Veda. Philadelphia: The American Philosophical Society; 1985.
4. Zimmer HR. The Science of Hindu Medicine. Vadodara: Good Companions; 2000.
5. Larson GJ. Ayurveda and the Hindu Philosophical Systems. Philosophy East and West. 1987; 37(3): 245-59.
6. Bhisagratna KK. Suśruta Samhitā, 3 vols. 2d ed. Varanasi: Chowkhamba Sanskrit Series Office; 2002. Suśruta Samhitā sūtrasthāna XV: 44.
7. Kunte AM, Navre RS (compilers); Harisastri B, Paradkar V (editors). The Astangahrdayasamhita, with the Sarvangasundara Commentary and of Arunadatta and the Ayurvedarasayana Commentary of Hemadri. Reimpresión. Varanasi: Chaukhamba Orientalia; 1982. Aṣṭāṅghrdaya Samhitā sūtrasthāna I: 22.
8. Suresh S (editor). Yoga Raṭnākara. Sanskrit Text with English Translation and Explanatory Notes. Varanasi: Chowkhamba Sanskrit Series Office; 2005.
9. Srikanta KR. Clinical Methods in Āyurveda. 3<sup>rd</sup> ed. Varanasi: Chaukhamba Orientalia; 2002.
10. Sharma PV (editor). Caraka Samhitā. Agniveśa's treatise refined and annotated by Caraka and redacted by Dṛḍhabala, 4 vols. Varanasi: Chaukhamba Orientalia; 2003. Caraka Samhitā sūtrasthāna XXII: 18.
11. Sharma PV (editor). Caraka Samhitā. Agniveśa's treatise refined and annotated by Ca-

raka and redacted by Dṛḍhabala, 4 vols. Varanasi: Chaukhamba Orientalia; 2003. Caraka Saṁhitā sūtrasthāna XXII: 19-24.

12. ccras.nic.in, Central Council for Research in Ayurvedic Sciences [web]. New Delhi: ccras.nic.in; [actualizada en 2015; acceso 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.ccras.nic.in>.

13. Coward DD. Critical multiplism: A research strategy for nursing science. *Journal of Nursing Scholarship*, 1990; 22(3): 163-7.

14. Bogdan RC. Participant observation in organizational settings. Syracuse (New York): Syracuse University Press; 1972.

15. Spradley JP. Participant Observation. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1980.

16. Bernard HR. Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches. 2<sup>nd</sup> ed. London, New Delhi: AltaMira Press; 1995.

17. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. New York: Aldine; 1967.

18. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Beverly Hills: SAGE Publications, Inc; 1980.

19. Mishra LC, Singh BB, Dagenais S. Healthcare and disease management in Ayurveda. *Alternative therapies in Health and Medicine*, 2001; 7(2): 44-50.

20. ccimindia.org, Central Council of Indian Medicine [web]. New Delhi: ccimindia.org; [actualizada en 2014; acceso 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.ccimindia.org>.

21. Langford JM. Ayurvedic Interiors: Person, Space, and Episteme in Three Medical Practices. *Cultural Anthropology*, 1995; 10(3): 330-66.

22. Field MJ, Lohr KN. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, D.C.: National Academy Press; 1990.

23. Bala P. Imperialism and medicine in Bengal: A socio-historical perspective. New Delhi: Sage Publications; 1991.

24. Obeyesekere GM. Science, experimentation, and clinical practice in Ayurveda. In Leslie CM, Young A, editors. *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley: University of California Press; 1992. p. 160-176.

25. Leslie CM. Interpretations of illness: Syncretism in modern Ayurveda. In Leslie CM, Young A (editors). *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley: University of California Press; 1992. p. 177-208.

26. Zimmermann F. Introducing Western Anatomy to the Practitioners of Classical Indian Medicine: An Ethno-Historical Analysis of the Treatises by PS Varier in the 1920's. In *Asie du Sud. Traditions et changements*. VIth European Conference on Modern South Asian Studies. Paris: Editions du CNRS; 1978.

27. Wujastyk D. Interpreting the image of the human body in premodern India. *International Journal of Hindu Studies*, 2009; 13(2): 189-228.

28. Leslie CM. The ambiguities of medical revivalism in modern India. In Leslie CM (editor). *Asian medical systems: A comparative study*. Berkeley: University of California Press; 1976. p. 356-367.

29. Patwardhan B, Vaidya AD, Chorghade M. Ayurveda and natural products drug discovery. *CURRENT SCIENCE-BANGALORE*, 2004; 86(6): 789-799.

30. Zimmermann F. The Jungle and the Aroma of Meats: An Ecological Theme in Hindu Medicine. Berkeley: University of California Press; 1987.

31. Dasgupta S. Natural science of the ancient Hindus. New Delhi: Indian Council of Philosophical Research; 1987.

32. Ernst W. Plural medicine, tradition and modernity. Historical and contemporary perspectives: views from below and from above. In Ernst W (editor). *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000*. New York: Routledge; 2002. p. 1-18.

33. Sharma PV (editor). Caraka Saṁhitā. Agniveśa's treatise refined and annotated by Caraka and redacted by Dṛḍhabala, 4 vols. Varanasi: Chaukhamba Orientalia; 2003. Caraka Saṁhitā sūtrasthāna XI: 25.

34. Trawick M. The Ayurvedic Physician as Scientist. *Soc. Sci. Med.* 1987; 24(12): 1.031-1.050.

35. Obeyesekere GM. Science, experimentation, and clinical practice in Ayurveda. In Leslie CM, Young A (editors). *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley: University of California Press; 1992. p. 160-76.

36. cebm.net, Centre for Evidence Based Medicine [web]. Oxford: cebm.net; [actualizada en 2014; acceso 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.cebm.net>.