



Libros
Virtuales
IntraMed



Capítulo II

ORÍGENES DE LA MEDICINA FAMILIAR



ORÍGENES DE LA MEDICINA FAMILIAR

Ian McWhinney

En los países de habla inglesa, la Medicina Familiar se desarrolló desde la práctica general. Durante el siglo XIX y a principios del siglo XX la gran mayoría de la profesión médica estaba constituida por médicos generales, los que practicaban medicina, cirugía y obstetricia. En los primeros años del siglo XX, comenzaron a surgir las especialidades mayores: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. La entrada a estas especialidades se hacía a través del entrenamiento de postgrado y los médicos generales fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional. Se asumía que cualquier graduado médico podía ser un médico general y que la práctica general no era una disciplina clínica por derecho propio.

Durante la segunda mitad del siglo XX el número de especialistas creció grandemente y las especialidades mayores se fragmentaron en subespecialidades más estrechas. El número de médicos generales declinó y el entrenamiento más limitado de los especialistas no los preparaba para manejar el amplio espectro de padecimientos tradicionalmente atendidos por los generalistas. En este tiempo, emergió el concepto de niveles de atención. A nivel de la atención primaria el público tiene acceso a un médico generalista que es capaz de manejar de 85 a 90 por ciento de todos los problemas de salud. Si se requiere asesoramiento o tratamiento especializado el paciente es derivado al nivel secundario que incluye las especialidades mayores. Los pacientes que requieren manejos complejos, especialmente con tecnologías caras, son derivados a los centros de atención terciaria que sirven a grandes poblaciones y están a menudo asociados con escuelas de medicina.

Alrededor de los años 50, el declinante número de médicos generales comenzó a crear una brecha en el nivel de atención primaria. Fue en esa época que en muchos países se formaron los Colegios y Academias de Medicina General, dedicados al desarrollo académico de la disciplina. La práctica de la medicina general comenzó a ser vista, no simplemente como el grueso indiferenciado de la profesión sino como una disciplina clínica y un cuerpo de conocimientos por propio derecho. En los Estados Unidos, por ejemplo, el informe de la Comisión Millis en 1966, titulado La Educación Graduada de los Médicos, recomendó el entrenamiento especializado de postgrado para todos los médicos de atención primaria. En los años siguientes se formaron los departamentos de medicina general o medicina familiar en las escuelas de medicina, se desarrollaron programas de entrenamiento, y se establecieron las calificaciones para la especialidad. En los Estados Unidos, la Medicina Familiar se convirtió en una especialidad certificada por un Consejo ad-hoc. En Canadá, el primer examen para certificación tomado por el Colegio de Médicos de Familia se realizó en 1969.

En algunos países, estos desarrollos fueron acompañados por un cambio del nombre de la práctica general a Medicina Familiar. En otros, se retuvo el viejo nombre para una nueva disciplina. Los nuevos programas de entrenamiento están basados en dos importantes principios educacionales. Primero, como en otras disciplinas clínicas, el que se entrena debe aprender las destrezas fundamentales, el "core", mediante práctica supervisada en su propia disciplina - una unidad docente de Medicina Familiar. Segundo, los supervisores y los profesores y docentes, deben ser médicos de familia. Otros especialistas clínicos y otros ámbitos educativos desempeñan un rol, pero no el central, en el currículo. En muchos lugares del mundo los departamentos de Medicina Familiar, ocupan una parte importante en el currículo de grado.

LOS PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

Existen nueve principios. Ninguno es único ni particular de la Medicina Familiar y no todos los médicos de familia ejemplifican los nueve completos. Sin embargo, cuando se toman en conjunto, esos principios representan una visión distinta del mundo, un sistema de valores y un enfoque de los problemas - que se identifica como diferente de los de otras disciplinas.

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial. Ese compromiso se abre en dos sentidos: Primero, no está limitado por el tipo de problemas de salud; el médico de familia está disponible para cualquier problema de salud en una persona de cualquier sexo y edad; su práctica no está limitada siquiera a lo estrictamente definido como problema de salud: el paciente define el problema; esto significa que un médico de familia nunca puede decir - "Lo siento, pero su malestar o su enfermedad no está en mi campo" - Cualquier problema de salud de uno de nuestros pacientes está en nuestro campo; aunque podemos derivar al paciente para tratamiento especializado, nosotros somos responsables de la evaluación inicial y de la coordinación de la atención. Segundo, el compromiso no tiene un punto final definido; no termina con la curación de una enfermedad, la finalización de un curso de tratamiento, o la incurabilidad de un padecimiento; en muchos casos el compromiso se establece mientras la persona está sana, antes de que se haya desarrollado cualquier problema, en otras palabras, la Medicina Familiar se define a si misma en términos de relaciones, lo que la hace única en los principales campos de la medicina clínica.

2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto

de la enfermedad. Escribió William James: "Para comprender una cosa correctamente, necesitamos verla tanto fuera de su ambiente como dentro de él y conocer la gama completa de sus variaciones." Muchos padecimientos no pueden ser comprendidos completamente a menos que se vean en el contexto personal, familiar y social. Cuando un paciente es admitido al hospital, mucho de ese contexto de la enfermedad es removido u oscurecido. La atención parece ser enfocada sobre el frente más que sobre el fondo, de lo que resulta a menudo una imagen limitada de la enfermedad.

3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud. Puesto que el médico de familia ve a cada uno de sus pacientes, en promedio, alrededor de cuatro veces por año, ello constituye una fuente muy rica de oportunidades para aplicar la medicina preventiva.

4. El médico de familia ve a su práctica* como una "población en riesgo". Los clínicos piensan normalmente en término de pacientes individuales más que en grupos de población. Los médicos de familia tienen que pensar en término de ambos. Esto significa que uno de sus pacientes que no ha sido inmunizado u otro al que no se ha controlado la presión sanguínea, deberían preocuparle tanto como aquel que se atendió para control del niño sano o el que es tratado por hipertensión. Esto implica un compromiso de mantener la salud en los miembros de su grupo de práctica, se atiendan o no en el consultorio.

5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud. Todas las comunidades tienen una red de apoyo social, oficial o no oficial, formal o informal. La palabra red sugiere un sistema coordinado lo que no siempre es así. A menudo los miembros de los servicios de salud y de los servicios sociales - incluyendo a los médicos - trabajan en compartimientos estancos, sin ningún asidero como sistema en conjunto. Un médico de familia puede ser mucho más efectivo si puede desplegar todos los recursos de la comunidad en beneficio de sus pacientes.

6. Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes. Esto le da un conocimiento de primera mano de las condiciones de vida y trabajo de sus pacientes. En años recientes esto se ha vuelto menos común excepto en áreas rurales.

7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital. Hasta los tiempos actuales, la atención de los médicos en los hogares era una de las experiencias más profundas de la práctica de la medicina familiar. Era en el hogar donde sucedían muchos de los grandes eventos de la vida: el nacer, el morir, el enfermarse o recobrase de enfermedades serias. Estar presente con la familia en estos eventos daba a los médicos de familia mucho de sus conocimientos acerca de los pacientes y sus familias. Conocer el hogar le daba una comprensión tácita de la ecología de la

enfermedad. Ecología deriva de las raíces griegas oikos, casa y logos, afición o estudio lo que significa literalmente el estudio de las casas. El surgimiento de los hospitales modernos removió muchas de estas experiencias del hogar. Había ventajas técnicas y ganancias en eficiencia, pero el precio fue de algún modo el empobrecimiento de la experiencia de medicina familiar. La actual redefinición del rol del hospital está cambiando el equilibrio de nuevo y tenemos ahora la oportunidad de restaurar los cuidados en el hogar como una de las experiencias definidas y destrezas esenciales de la medicina familiar.

8. El médico de familia da mucha importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. En la mayor parte de este siglo, la medicina ha sido dominada por un enfoque estrictamente objetivo y positivista de los problemas de salud. Para los médicos de familia, esto ha tenido siempre que ser reconciliado con la atención a los sentimientos y una comprensión profunda de las relaciones. La comprensión profunda de las relaciones requiere un conocimiento de las emociones, incluyendo nuestras propias emociones. De allí que la medicina familiar debe ser una práctica auto-reflexiva.

(NT: practice en inglés, se refiere al conjunto de pacientes que atiende un médico de familia)

9. El médico de familia es un coordinador (gestor) de los recursos. Como generalista y médico de primer contacto, el médico de familia tiene el manejo de amplios recursos y es capaz, dentro de ciertos límites, de controlar la admisión al hospital, el uso de investigaciones, las prescripciones de tratamiento y la derivación hacia los especialistas. En todas partes del mundo, los recursos son limitados -a veces, severamente limitados. Es por lo tanto la responsabilidad de los médicos de familia manejar estos recursos para beneficio de sus pacientes y para la comunidad toda. Desde el momento en que los intereses de un paciente individual pueden entrar en conflicto con los de la comunidad en su conjunto, esto puede originar problemas éticos.

BASES BIOLÓGICAS DE LA MEDICINA FAMILIAR

La medicina moderna está basada en una metáfora mecanicista de la biología. Su meta ideal, como fue expresada por el genetista Arthur Zucker (1981) - es "alcanzar diagnósticos mediante un estudio bioquímico-biofísico del organismo. Idealmente, los problemas psicológicos pueden ser captados por esta técnica. Es parte de la presunción de la medicina reduccionista que, en lo más pequeño, los estados mentales tienen correlatos físicos clínicamente útiles."

La reducción confiere indudables beneficios al disminuir el número de principios explicatorios para fenómenos que de otra manera serían disparatados (Foss, 1994). Sin embargo, como señala Foss, la reducción puede verse generalizada en el reduccionismo: "una creencia en la aplicabilidad universal

de la causación hacia arriba: el universo está compuesto de entidades fundamentales -órganos, células, organelas, genes, por último quizás, partículas elementales - cuyas interacciones intrincadas son responsables de los comportamientos complejos." (Foss, 1994)

La diferencia entre reducción y reduccionismo es ilustrada por el desarrollo del sumatriptan para la migraña. Reduciendo la migraña a su correlato bioquímico produjo una droga clínicamente útil, pero sugerir que el síndrome está completamente explicado o que la farmacoterapia es una solución completa del problema de la migraña es reduccionismo.

El biólogo F. E. Yates escribió (1993): "...las ciencias biológicas sufren ahora la permeación de un reduccionismo mecanicista en la forma de dos metáforas limitantes e inapropiadas: 1) la metáfora dinámica de los organismos como máquinas, y 2) la metáfora informativa, o la vida como un texto escrito en el DNA... ambas metáforas son falsas y destructivas de los avances conceptuales en la comprensión fundamental de los sistemas vivientes complejos que se auto-organizan, crecen, se desarrollan, adaptan, reproducen, reparan y mantienen la forma y la función, envejecen y mueren. El surgimiento de las ciencias de la complejidad ofrece una avenida fresca, no-reduccionista hacia la naturaleza, origen, y construcción de la vida".

Aunque el organismo tiene algunas características parecidas a las máquinas, cualquier cosa que hagamos para la salud del cuerpo depende de los poderes de curación de la naturaleza. Los organismos vivos tienen propiedades que no poseen las máquinas: crecimiento, regeneración, curación, aprendizaje, auto-organización y auto-trascendencia. En su mayor éxito, la medicina trabaja apoyando estos procesos naturales. Los cirujanos drenan abscesos, ensamblan fracturas, reparan heridas, alivian obstrucciones. La inmunización fortalece las defensas del organismo. Las drogas más efectivas son aquellas que apoyan las defensas naturales y mantienen el equilibrio en el medio interno. Los regímenes tradicionales de nutrición balanceada, reposo, sueño profundo, ejercicio, alivio del dolor y la ansiedad, y apoyo personal, son todas medidas que favorecen los poderes curativos del organismo.

La Medicina Familiar está basada en una metáfora organísmica de la biología. Es natural para los médicos de familia pensar organicamente. "En contraste con la física, la biología presenta diversidad y especialidad de formas y funciones, y, algunas veces, un chocante localismo de la distribución de sus objetos. Los sistemas biológicos son complejos cualquiera sea la definición del término" (Yates, 1993).

¿Que significa pensar organicamente? Un organismo es un particular lo que quiere decir que "ocupa una región del espacio, persiste a través del tiempo, tiene límites, y tiene un ambiente que lo rodea" (Gorovitz & MacIntry, 1976). Lo importante acerca de los particulares es que su comportamiento no puede ser explicado o predicho aplicando solamente las leyes

generales de las ciencias. Si la ley se aplica o no a un particular, dependerá de su historia y su contexto o medio ambiente. Hay una incertidumbre inherente a todas las aplicaciones de los principios científicos generales a lo particular. Cuando más complejo es lo particular mayor es la incertidumbre, y un paciente enfermo es muy complejo. Pensar organicamente es pensar complejidad y aceptar la incertidumbre. Las generalizaciones deben ser enmarcadas en términos como: "dado este contexto, lo siguiente se aplicará en su mayor parte". De todas las disciplinas clínicas, la medicina familiar opera al más alto nivel de complejidad.

El pensamiento orgánico no es lineal sino de multinivel. El organismo se mantiene en un estado de equilibrio dinámico mediante un flujo recíproco o circular de información a todos los niveles y entre el organismo y su medio. A través de canales multiniveles, el cambio en cualquier parte puede reverberar a través de todo el organismo y sus alrededores. La necesidad de una corriente constante de información puede ser vista en los efectos desestabilizadores de la privación sensorial en los seres humanos. La información es llevada en la forma de símbolos que forman mensajes que son decodificados en el nivel apropiado del organismo. A niveles más bajos, la información es llevada por hormonas y neurotransmisores. A nivel del organismo total es llevada por estímulos que alcanzan los sentidos especiales, entre los cuales están las palabras y otros símbolos cuyo significado se expresa en las relaciones humanas. Esto provee el fundamento de nuestro conocimiento acumulativo del efecto de las relaciones sobre la salud y la enfermedad.

La transición del pensamiento desde lo mecanicista a lo orgánico requiere un cambio radical en nuestra noción de la causación de la enfermedad. Hemos aprendido a pensar en un agente causal como una fuerza que actúa en modo lineal sobre un objeto pasivo como cuando una bola de billar que se mueve choca contra una bola que está parada. En sistemas auto-organizados como los seres vivos la causación no es lineal. Los múltiples circuitos de realimentación entre el organismo y el medio y entre todos los niveles del organismo nos obliga a pensar en redes causales y no en líneas rectas. El organismo además, no es un objeto pasivo. La "causa específica" de una enfermedad puede solamente ser el gatillo que libera el proceso que ya está en forma potencial en el organismo. Las causas que mantienen una enfermedad e inhiben la curación pueden ser diferentes de las causas que la iniciaron y pueden incluir los propios comportamientos de inadaptación del organismo. Las medidas terapéuticas pueden actuar no sobre el agente causal sino sobre las defensas del organismo, como parece ser el caso de los beneficios terapéuticos de las relaciones humanas. En un sistema complejo, causa y efecto no son usualmente cercanos entre ellos en tiempo y espacio (Briggs y Peat, 1990) y desde que los procesos orgánicos se mantienen o cambian por múltiples influencias es difícil predecir las consecuencias de una intervención. Es verdad que nosotros podemos aún aislar un eslabón de la red causal como

nuestro punto de intervención como cuando prescribimos un antibiótico, pero aún en estas ocasiones debemos ser conscientes del contexto general en el que estamos operando, y de los efectos recíprocos de nuestra intervención. La complejidad de la enfermedad que encontramos en Medicina Familiar hace natural para nosotros pensar de esta manera. ¿El aislamiento del apoyo social es causa de depresión o la depresión causa el aislamiento? ¿Ha causado este evento vital la depresión o es solamente el gatillo que liberó una depresión en un individuo susceptible? En ciencias humanas podemos establecer relaciones entre eventos pero es a menudo difícil establecer la causa. ¿Implica esto impotencia terapéutica? No, pero esto requiere un cambio del pensamiento causal simplista a pensar en como puede facilitarse el cambio en sistemas complejos.

SISTEMAS AUTO-ORGANIZADOS

La teoría general de los sistemas es una respuesta a las limitaciones de la ciencia del siglo XIX. La visión de un mundo mecanicista y los métodos reduccionistas de la ciencia del siglo XIX no eran capaces de tratar adecuadamente los fenómenos orgánicos como la organización y el crecimiento. El método reduccionista trataba los problemas partiéndolos en tamaños más pequeños: separándolos de sus entornos y reduciéndolos tanto como era posible a cadenas causales lineales, simples. La teoría sistémica intenta hacer lo opuesto: enfocar los problemas incluyendo todas las relaciones significativas. Un sistema está definido por Von Bertalanffy (1968) como "un orden dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción uno con otro." Algunos de los conceptos básicos de la teoría de los sistemas son los siguientes:

La naturaleza está ordenada como una jerarquía de sistemas, tanto vivientes como no-vivientes. Los sistemas vivos van desde la molécula a la célula, al tejido, al órgano, al organismo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad. Cada nivel en la jerarquía es un todo en sí mismo así como parte de un todo mayor: en las palabras de Koestler (1979) es como Jano, con dos caras, una mirando a un sistema de orden superior y la otra mirando hacia un subsistema de orden menor. Los sistemas están relacionados entre ellos no solo jerárquicamente y verticalmente sino horizontalmente. El sistema inmunológico se comunica con el sistema nervioso en el mismo nivel de la jerarquía vertical. Los sistemas sociales -familia, comunidad, cultura - se relacionan uno con otro en el mismo nivel; una persona puede ser un componente de los tres.

Si nosotros pensamos en término de sistemas humanos, una persona está en el más alto nivel de la jerarquía orgánica y en el más bajo nivel de la jerarquía social. Cada sistema tiene características que son únicas para ese nivel y solamente pueden ser explicadas por criterios apropiados para ese nivel. Un sistema social como la familia, por ejemplo, no puede ser explicado solo en términos biológicos y un sistema vivo no puede ser explicado solo en términos de física y química. Un

sistema tampoco puede ser comprendido estudiando cada parte individualmente. Comprender el todo requiere conocer el propósito del sistema y cómo interactúan sus partes para alcanzar ese propósito. Esta característica de los sistemas es conocida como emergencia. Un sistema tiene propiedades que no están presentes en las partes individuales: ellas emergen de las relaciones entre las partes, la organización. Cuando un sistema se rompe en sus partes componentes las propiedades emergentes se pierden.

Todos los sistemas vivos son sistemas abiertos, en los cuales se intercambia tanto energía como información entre las interfaces o límites del sistema. Cada sistema existe en un estado de equilibrio interno dinámico entre sus partes y en un estado de equilibrio externo con los sistemas que forman su medio. Si el equilibrio es perturbado por cambios dentro o fuera del sistema comienzan a actuar fuerzas correctivas que pueden restaurar el equilibrio o volver al sistema a un nuevo estado de equilibrio. La interdependencia mutua de las partes del sistema es un concepto básico para la teoría de los sistemas. Cualquier cambio en una parte produce cambios en el todo y desde que la naturaleza es un continuo, los cambios reverberan hacia arriba y abajo en los niveles jerárquicos del sistema.

Estos cambios no pueden ser partidos en simples cadenas causales sin sobre simplificar groseramente el proceso. Hacer esto es pensar en el "sistema cerrado" típica forma de la ciencia del siglo diecinueve. Las limitaciones de este modo de pensamiento han sido ilustradas por los efectos sobre todo el ecosistema de las innovaciones tecnológicas como los pesticidas. En un sistema complejo las causas no operan de un modo lineal. Las enfermedades crónicas pueden causar depresión, la cual puede llevar a su vez al abandono del tratamiento, lo que resulta en un empeoramiento de la enfermedad lo que entonces exacerbará la depresión y así sucesivamente.

La teoría de los sistemas, forma la base del modelo biopsicosocial de la enfermedad (Engel, 1980) De acuerdo con lo orgánico, la visión sistémica, todas las enfermedades serias afectan al paciente en múltiples niveles, desde el molecular al social. El propósito de la medicina familiar es evaluar y tratar la enfermedad en todos los niveles apropiados. El modelo biopsicosocial ha sido aplicado o puesto en operación en el método clínico centrado en el paciente (Stewart, et al., 1994) que tiene los siguientes componentes:

- ❖ 1. Explorar la enfermedad (patología) y el padecimiento (experiencia del paciente).
- ❖ 2. Comprender al paciente como una persona total con una historia de vida única.
- ❖ 3. Encontrar una base común con el paciente para explicar y tratar la enfermedad.
- ❖ 4. Incorporar la prevención y la educación de la salud.

-
- ❖ 5. Reforzar la relación médico-paciente.
 - ❖ 6. Ser realista acerca del tiempo y los recursos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

La Medicina Familiar se define a si misma en términos de relaciones, especialmente la relación médico paciente. Un gran cuerpo de evidencia apoya el poder terapéutico de las relaciones de apoyo y las dañinas consecuencias de la falta de apoyo social (McWhinney, 1994). Estudios recientes ponen en evidencia que el apoyo grupal aumenta la supervivencia de los pacientes con cáncer de mama metastático y el melanoma maligno (Spiegel et al., 1989; Fawzy et al., 1994). Las relaciones de apoyo parecen actuar en el sistema inmune de los pacientes, por eso, reforzando la resistencia de los pacientes y los poderes de curación de los mismos. Las relaciones de largo término entre paciente y médico en la medicina familiar proveen una base fértil para este efecto terapéutico. Desde que las relaciones se producen o se deterioran por las emociones es importante para los médicos de familia no solo atender los sentimientos de sus pacientes sino también ser conscientes de los suyos propios.

Bibliografía

1. Briggs J and Peat DF. *Turbulent Mirror: An Illustrated Guide to Chaos Theory and the Science of Wholeness*. Harper & Row. New York 1989.
2. Engel CL. 1980. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137:535.
3. Fawzy FL, Fawzy NW, Hyun CS. 1994. Short-term psychiatric intervention for patients with malignant melanoma: effects on psychological state, coping, and the immune system. In: Lewis CE, O'Sullivan C and Barrowclough J. Ed. *The Psych immunology of Cancer: Mind and Body in the Fight for survival*. Oxford University Press.
4. Foss L. 1994. The biomedical paradigm, psychoneuroimmunology and the black four of hearts. *Advances* 10(1):32-44.
5. Mills JS (chairman). 1996. *The graduate education of physicians: Report of the Citizens Committee on Graduate Medical Education*. American Medical Association.
6. Gorovitz S, MacIntyre A. 1976. Toward a theory of medical fallibility. *J Med Philosophy* 1:51-71.
7. Koestler A. 1979. *Janus: A summing up*. Picador.
8. McWhinney IR. 1994. *Medicina de Familia*. Madrid, Spain Mosby.
9. Spiegel D, Bloom J, Yalom ID. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*. 1989;Oct 14:888-901.
10. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. 1994. *Patient-Centred Medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.
11. Von Bertalanfy L. 1968. *General System Theory*. New York: George Braziller.
12. Yates FE. 1993. Self-organizing systems. in: Boyd CAR and Noble D. (eds) *The Logic of Life: The challenge of integrative physiology*. Oxford University Press.
13. Zucker A. 1981. Holism and Reductionism: A view from genetics. *J. of Medicine and Philosophy*. 6:2.