

## Apuntes sobre la «resolutividad» y la «cura» en la medicina de familia

J.L. Turabián Fernández<sup>a</sup> y B. Pérez Franco<sup>b</sup>

### LECTURA RÁPIDA

▼ Hay que reflexionar e investigar sobre el verdadero concepto de «resolución» y «cura» en MF. Como mínimo, la primera reflexión que aparece es que resolver y curar, en todo caso, no es medicalizar.

▼ Las técnicas a aplicar se derivarán de un proceso de priorización que parte de ese núcleo esencial de la MF.

▼ Los recién llegados a la clínica, en su deseo por curar rápidamente, conciben la terapéutica como una pura aplicación de conceptos teóricos: el tratamiento sigue a la clasificación diagnóstica.

▼ La MF es la única área sanitaria de importancia, que trasciende la dualidad entre mente y cuerpo. La mayoría de las disciplinas médicas están en un lado o en otro y mantienen taxonomías separadas de la enfermedad.

Desde distintos ámbitos (las gerencias, el nivel hospitalario, las sociedades científicas, y hasta la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar)<sup>1</sup> se indica que los médicos de familia deben aumentar su poder resolutivo. Pero ¿cuál es el concepto de capacidad resolutiva en medicina de familia (MF)?, ¿es el acceso a la tecnología reservada a otras especialidades?, ¿es la competencia en aspectos de la atención, como el paciente en domicilio, la anticoagulación, la cirugía menor, el climaterio, etc.?; ¿es «curar» extirpar como hace el cirujano con una lesión, «y ya está», se resolvió el problema?, ¿es manejar más técnicas instrumentales y tratamientos farmacológicos?, ¿es reducir la lista de espera? Hay que reflexionar e investigar sobre el verdadero concepto de «resolución» y «cura» en MF. Como mínimo, la primera reflexión que aparece es que resolver y curar, en todo caso, no es medicalizar.

En la definición de las competencias del médico de familia hemos dado el paso desde lo unidisciplinario (la especialidad hospitalaria) hacia lo multidisciplinario (la suma de disciplinas resumidas por un médico de familia), pero queda por dar el paso de lo interdisciplinario y transversal, donde el conocimiento se integre y derive de la ha-

bilidad básica del médico de familia: la contextualización y la personalización de cualquier evento relacionado con la salud y la enfermedad para un individuo-familia dados<sup>2</sup>. Las técnicas a aplicar se derivarán de un proceso de priorización que parte de ese núcleo esencial de la MF. Esto implica técnicas «blandas» y «micro»: comprender a un paciente y su contexto y ayudarle a comprenderse y actuar en consecuencia. La MF se define en términos de relaciones, en lugar de enfermedades o tecnología. La continuidad de relaciones entre el médico de familia y los pacientes en su ambiente, incluso de una forma tácita, construye una confianza y crea un contexto terapéutico, curativo<sup>3</sup>.

Los recién llegados a la clínica, en su deseo por curar rápidamente, conciben la terapéutica como una pura aplicación de conceptos teóricos: el tratamiento sigue a la clasificación diagnóstica. Pero nadie es un paciente «de libro de texto», y así existe una tendencia a hacer los diagnósticos cada vez más largos, ricos y complejos, que se alejan cada vez más de la simple etiquetación: más «contextualizados». Pero, además, el diagnóstico en MF viene después del tratamiento<sup>4</sup>, y se realiza por «contraste entre las figuras y el contexto», del mismo modo que cobra vida, volumen y color una obra pictórica.

La MF es la única área sanitaria de importancia, que trasciende la dualidad entre mente y cuerpo. La mayoría de las disciplinas médicas están en un lado o en otro y mantienen taxonomías separadas de la enfermedad (el «Harrison» o el «Sabiston», como ejemplos de textos usados con frecuencia por los estudiantes de medicina y cirugía, respectivamente, por un lado, y el DSM, como paradigma de la clasificación de enfermedades mentales, por otro). Como la MF se define en términos de relación, no se puede dividir de esta forma; así, examinamos el cuerpo y también atendemos la mente (los estados mentales se ex-

Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Directores de los Cursos a Distancia de Tutorización de semFYC y de Tecnologías Educativas para Profesionales de la Salud de la Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha.

<sup>a</sup>Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España.

<sup>b</sup>Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Correspondencia:  
José Luis Turabián.  
Calderón de la Barca, 24.  
45313 Yépes Toledo. España.

Correo electrónico: jturabianf@meditex.es  
Manuscrito recibido el 5 de septiembre de 2002.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 9 de septiembre de 2002.

Palabras clave: Curación. Recuperación. Tratamiento. Diagnóstico. Relaciones. Contextos.

presen en la postura, los movimientos, el tono muscular...). Los tratamientos orgánicos pueden curar la mente y viceversa: escuchando, apoyando, asegurando, favoreciendo la expresión de los sentimientos... ¡no sólo en los pacientes psiquiátricos! La herramienta/tecnología de los médicos de familia es el propio médico/profesional. El instrumental del médico de familia (el fonendoscopio, el esfigmomanómetro, el martillo de reflejos...) no son herramientas para explorar (en el sentido habitual), sino para entablar relaciones con los pacientes. «Curar» está más en relación con aprender a recibir a una persona con dolor (emocional), y poner alerta todos los sentidos, en especial el sexto: el mutuo enfrentamiento con los hechos psicológicos. En algunos casos, esto puede traer consigo un «clic» de comprensión que produce, a su vez, más y más entendimiento, lo que al cabo puede generar un impulso capaz de curar. Y si no podemos curar, al menos no hagamos daño; evitemos crear más sufrimiento a nuestro alrededor<sup>5</sup>.

«Curar» es ver a los pacientes desde nuevas perspectivas: no sólo sus palabras, sino también algo más, todo lo que le rodea y todo lo que hay en el espacio entre nosotros, de igual modo que en el campo, durante el verano, casi se puede ver la brisa que riza el trigo. Así, puede ocurrir que ante un paciente que sufre, aunque en ese momento estuviera hablando alegremente, mientras le escuchamos, tal vez sintamos algo muy extraño: su dolor tan intensamente que, pese a que el paciente no lo esté mostrando en absoluto, nos salten las lágrimas en los ojos.

«Curar» es lograr una situación de interconexión. Puede que juntos, paciente y médico, puedan entender el problema. Lo que está sobre el tapete en la consulta no es el médico o el paciente, sino los dos juntos. La tarea del médico es lograr y mantener una conexión con el paciente. Utilizar nuestra experiencia con los seres que sufren para conectar. Eso es lo que hacen los buenos médicos. Estar con las personas en los momentos cruciales de sus vidas.

«Curar» se relaciona con crear un contexto terapéutico. Esto puede entenderse en analogía con la diálisis, en la cual la experiencia de enfermedad del paciente pasa a través de la ecuanimidad compasiva del

clínico para la desintoxicación afectiva y la clarificación cognitiva y capacitadora<sup>6</sup>.

En el ser humano, la enfermedad no es una vicisitud estrictamente biológica, sino que afecta a su autorrealización personal, modifica su proyecto vital y altera su modo subjetivo de estar situado en el mundo. El hombre reacciona ante la enfermedad: se la apropiá, la rechaza, resiste, le da o no un sentido... Esta respuesta tiene que ver con los síntomas de cada persona y con el proceso de curación. En general, los médicos identifican problema de salud con enfermedad. Hemos sido educados para descubrir y «curar» enfermedades. La enfermedad es una abstracción, es lo que el médico crea en términos científicos con los síntomas que el paciente presenta y los hallazgos biológicos de algún trastorno. La enfermedad, desde el punto de vista del médico, significa una alteración en la estructura o en el funcionamiento biológico. El problema para el paciente puede ser distinto: es la enfermedad pero la mayor parte de las veces se refiere a las dificultades que los síntomas crean en su vida. La manera cómo se vive la enfermedad es siempre una construcción social, cultural, pero la manera cómo una persona experimenta una determinada enfermedad es única.

Aunque suene paradójico, hay formas «normales» de estar enfermo, formas socialmente apropiadas y formas anómalas. Las quejas que los pacientes llevan al médico también están determinadas por códigos lingüísticos comunes a una cultura, tanto en la forma de describir los síntomas como de explicar el trastorno. Además, es significativo apreciar cómo el paciente presenta al médico quejas o síntomas orgánicos, aunque la razón de su consulta sea la angustia u otro tipo de problema. Esto también obedece a una cultura porque es lo que se supone que el médico sabe o le interesa escuchar y resolver. La dolencia irradia u oculta múltiples significados. Existe evidencia de que al examinar los significados particulares de la dolencia de un paciente es posible romper el círculo vicioso que amplifica la enfermedad. Descubrir los significados también puede servir para una atención más efectiva.

Curar el cuerpo y curar a la persona no van siempre de la mano. La curación de una persona implica que se restaure su senti-

#### LECTURA RÁPIDA

▼ La herramienta/tecnología de los médicos de familia es el propio médico/profesional.

▼ «Curar» es ver a los pacientes desde nuevas perspectivas: no sólo sus palabras, sino también algo más, todo lo que le rodea y todo lo que hay en el espacio entre nosotros.

▼ «Curar» es lograr una situación de interconexión. Puede que juntos, paciente y médico, puedan entender el problema. Lo que está sobre el tapete en la consulta no es el médico o el paciente, sino los dos juntos.

▼ Existe evidencia de que al examinar los significados particulares de la dolencia de un paciente es posible romper el círculo vicioso que amplifica la enfermedad.

▼ Si pensamos la salud en términos de crecimiento psíquico y riqueza personal, podemos valorar que la cura consiste en «cierto crecimiento impredecible».



## LECTURA RÁPIDA

▼ Es previsible y deseable que nuestra especialidad amplíe su acceso a pruebas diagnósticas (tomografías computarizadas, endoscopias, ecografías, etc.), y que ello redunde en un beneficio para el paciente.

▼ La visión alternativa de la MF es que la enfermedad es un problema debido a alteraciones en las relaciones humanas, es el síntoma de un error en el orden de las relaciones entre el paciente y su mundo social (su contexto).

▼ Curar es facilitar el desbloqueo de una situación, el paso de un escenario a otro con nuevas perspectivas.

▼ La consulta excelente sería aquella donde el médico encuentra cosas significativas para él y facilita que el paciente también encuentre cosas significativas para sí mismo.

miento de invulnerabilidad, de integración y control. Si pensamos la salud en términos de crecimiento psíquico y riqueza personal, podemos valorar que la cura consiste en «cierto crecimiento impredecible». En el mejor de los casos, los pacientes se curan y siguen su vida, o la comienzan. No se trata de (intentar) cambiar comportamientos, lo que por otra parte no suele ser posible, sino ayudar a que los pacientes se valgan por sí mismos y dejar que la vida siga su curso<sup>7,8</sup>. Y a los médicos, ¿qué les pasa? ¿Existe algo que se acerque a ese «crecimiento impredecible»? ¿Cómo nombrarlo? La forma de «ampliar» la capacidad diagnóstica y terapéutica en MF no es tanto aumentar exhaustivamente la petición y el análisis de las pruebas complementarias y los fármacos (si pudiera ser tanto como en el hospital) como hacerse receptivo a la visión de salud existencial: los pacientes y sus familias en su vida cotidiana concreta. Todo ello no debería estar reñido con un aumento del acceso a determinadas tecnologías, que hoy solamente son patrimonio de otras especialidades. Vivimos una incómoda situación de competencia, en el sentido de competir por el paciente, entre atención primaria y atención especializada, de tal modo que determinadas especialidades «defienden su territorio» frente a la amenaza que supone la incursión en su área de competencia de médicos de familia bien formados técnicamente. Sin embargo, las listas de espera cada vez son mayores y el paciente, que no entiende de niveles asistenciales, lo que desea es que le resuelvan su problema de la forma más rápida posible. Es previsible y deseable que nuestra especialidad amplíe su acceso a pruebas diagnósticas (tomografías computarizadas, endoscopias, ecografías, etc.), y que ello redunde en un beneficio para el paciente.

La MF acepta en sus análisis de trabajo con los pacientes la existencia de relaciones causales mutuas (causalidad circular; causalidad ecológica): no hay un ambiente (contexto) independiente del organismo (actor, protagonista, sujeto, persona, «el yo»). Las conexiones múltiples dan lugar a secuencias de causas en las cuales los «yo» (actores, organismos) tanto crean los sistemas en que están como son transformados por ellos.

La enfermedad, según la visión tradicional, es el resultado de una interacción simple entre la persona enferma y una noxa causal. La «cura» se logra por terapia farmacológica, etc. La visión alternativa de la MF es que la enfermedad es un problema debido a alteraciones en las relaciones humanas, es el síntoma de un error en el orden de las relaciones entre el paciente y su mundo social (su contexto). La «cura» está en aprender cómo cambiar los patrones de las experiencias relacionales. Es preciso reorganizar el «yo» del paciente a muchos niveles, y él tiene que llegar a reconocer que existe un fenómeno multidimensional. Esto, como es natural, puede conllevar el hecho de tener que reconocer humildemente nuestra insuficiencia para abordar problemas relacionales, a su vez relacionados con otros problemas relacionales.

Sin embargo, lejos de tomar una actitud determinista o nihilista, la comprensión de las interacciones entre los problemas debe hacernos reubicar nuestra intervención en la realidad compleja, con lo que probablemente no alcanzaremos las promesas de la farmacología en el tratamiento y la cura de las enfermedades, pero sí podremos lograr que ésta sea significativa: útil para el paciente y su familia. Al aforismo que dice que «la medicina tiene que intentar curar a veces, aliviar frecuentemente y consolar siempre», habría que añadirle «según cada contexto». La «cura» está en aprender cómo cambiar los patrones de las experiencias relacionales. El médico y el paciente tienen que aceptar que su propia posición es una parte más de una situación más amplia.

La evolución de la enfermedad, el cambio, el aprendizaje, la curación, la adaptación... en un organismo vivo (una persona, un paciente...) siempre concierne al individuo más el contexto. «Ser» significa «estar relacionado», y «estar relacionado» quiere decir construir esas relaciones. Curar es facilitar el desbloqueo de una situación, el paso de un escenario a otro con nuevas perspectivas.

La «resolutividad» excelente, en definitiva, consiste en convertirse individual y colectivamente en un sistema inteligente, capaz de extraer comprensión de la información, de hacer significativa esa información para resolver problemas reales. Y esta excelencia del profesional culmina cuando éste

es capaz de facilitar también en el paciente los procesos de comprensión de su realidad de salud y enfermedad, de extraer nuevos significados a los datos que hasta el momento daba por ciertos (creencias) o simplemente cedía al médico para su interpretación. Esta cesión, sin embargo, es imposible, porque nadie puede encontrar los propios significados de una persona. La consulta excelente sería aquella donde el médico encuentra cosas significativas para él y facilita que el paciente también encuentre cosas significativas para sí mismo<sup>2</sup>.

Evidentemente, este sentido de «resolutividad» tiene implicaciones conceptuales (modelo de MF que no sigue el patrón de las especialidades hospitalarias basadas en el dominio de técnicas más instrumentales que humanas), docentes (áreas de formación necesarias en estas habilidades) y administrativas (organización y medición del producto de nuestro trabajo para la sociedad).

## Bibliografía

1. Finaliza la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar con la presentación de la Declaración de Sevilla. Jano On-line [citado 20/05/2002]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=19817>
2. Turabián JL, Pérez Franco B. El futuro de la medicina de familia. Aten Primaria 2001;28: 657-61.
3. Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
4. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Estrategias de implicación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas [en prensa]. Cuadernos de Gestión 2002;8(3):133-149.
5. Shem S. Monte Miseria. Barcelona: Anagrama, 2000.
6. Adler HM. The history of the present illness as treatment: who's listening, and why does it matter? J Am Board Fam Pract 1997;10:28-35.
7. Turabián JL, Pérez Franco B. Curso de tecnologías educativas para profesionales de la salud. 2002. Disponible en: <http://www.formasalud.com>
8. Rogers CR. On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin Company, 1961.