



EDITORIAL

Senderos clínicos en la presentación de los síntomas, considerados como obra de arte plástica, en medicina de familia

Clinical pathways in the presentation of symptoms, considered as a plastic work of art in Family Medicine

José Luis Turabián ^{a,*} y Benjamín Pérez Franco ^b

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina, Toledo, España

Recibido el 5 de abril de 2012; aceptado el 4 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 10 de julio de 2012

«Sabréis que estáis en la Toscana por las orillas de cipreses que atraen vuestra mirada... Sabréis que estáis en la Lombardía por los árboles altos y trémulos que ribetean los caminos... Sabréis que estáis en las Marcas por los olmos engalanados de viña que siguen las acequias...»

Josep Pla, *Cartas de Italia*. Barcelona: Austral; 2011. p. 166.

El problema del arte y la ciencia en la atención individual. Protocolos, mapas

Se han descrito trayectorias biopsicosociales de las enfermedades a largo plazo¹, pero falta una reflexión y sistematización sobre la trayectoria o camino clínico-visual o mental del médico de familia en la presentación de los síntomas en cada consulta, y las artes plásticas nos pueden ayudar a entender este proceso. ¿Qué hacemos los médicos cuando buscamos diagnósticos y tratamientos? Probablemente tengamos una forma definida y estándar de proceder, y usemos protocolos o algoritmos.

Distintos parámetros no clínicos y variables en la práctica cotidiana pueden asociarse con dificultades relevantes en la toma de decisiones en términos de medicina basada

en la evidencia, entre las que están el reconocimiento de la problemática del paciente, la identificación de probables soluciones, la posibilidad de dar información, el conocimiento de las preferencias del enfermo, la implementación de la terapia, la evaluación de los resultados, y la atención a los atributos psicosociales². La presencia de múltiples enfermedades hace crecer la incertidumbre sobre los beneficios y perjuicios de aplicar directamente una guía o protocolo clínico. La enfermedad en sí, su curso, y su génesis reside en la experiencia del paciente. El conocimiento del médico de la salud del paciente es particularista, no abstracto³.

En medicina de familia hacer un diagnóstico es cómo desplegar un mapa⁴. O como seguir un sendero: a veces hacia delante, a veces hacia atrás. O como mirar una pintura clásica o los fotogramas de una secuencia de una película: hay una cierta «trayectoria» de la vista que nos dirige, y nos permite una visión panorámica ante un problema: es como caminar hacia una salida del laberinto de una forma natural, y eso conlleva a desenmarañar hechos y enunciar de nuevo la cuestión en una forma que la deja abierta a la solución, al tratamiento⁵.

Algoritmos, vías, viajes, caminos, laberintos

Según el «modelo médico dominante», las decisiones se toman mediante un árbol de decisiones (algoritmos): uno

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jturabianf@meditex.es (J.L. Turabián).

Tabla 1 Una aproximación al repertorio de los senderos o trayectorias «de la vista y la mente» en las presentaciones de problemas de los pacientes en medicina de familia

Camino o trayectoria	Ejemplo en cuadros o pinturas clásicas	Comentario	Ejemplo en medicina de familia
Trayectoria lineal	<i>El encuentro de San Antonio y San Pablo</i> , 1446, de Sassetta	Algo atrae la atención antes que todos los demás elementos, y desde allí la atención se mueve en una trayectoria lineal, hacia delante o hacia atrás	Una mujer de 34 años, con mal estado general, consulta de urgencias, al médico de familia, por lumbalgia intensa. Ella dice: «Tengo un cáncer de hígado»
Trayectoria a partir de matices cambiantes	<i>Ronda de noche</i> , 1642, de Rembrandt	El paciente va presentando matices cambiantes en sus síntomas	Tengo tos y fatiga... Otra vez..., por el tabaco... Estoy triste, desanimado... [se pone a llorar]
Trayectoria a partir de volúmenes cambiantes	<i>Mar en L'Estaque</i> , 1876, de Cézanne	La atención pasa lenta y sucesivamente del primer motivo de consulta al segundo y al tercero, que van mostrando un mayor volumen	Una mujer de 22 años consulta por un posible síndrome del túnel carpiano, pero a continuación refiere «no dormir» y, finalmente, que su hermano está en la cárcel... Consulta para ver una mamografía solicitada por dolor mamario desde meses tras un traumatismo. La biopsia que se hizo de la masa visualizada indica carcinoma infiltrante
Trayectoria a partir de distancias	<i>Carceri d'Invenzione</i> , 1745-1760, de Piranesi	El motivo de consulta aparentemente simple se prolonga en el tiempo sin final claro	Consulta para ver una mamografía solicitada por dolor mamario desde meses tras un traumatismo. La biopsia que se hizo de la masa visualizada indica carcinoma infiltrante
Trayectorias en zig zag	<i>La Adoración de los Pastores</i> , 1485, de Domenico Ghirlandaio	Los diagnósticos a veces se hacen hacia delante, a veces hacia atrás	P: «Estoy pendiente de la biopsia de próstata, por lo del PSA... Tengo ruidos en los oídos y mareo. Y no puedo tener relaciones sexuales...»
Trayectorias mediante el resalte de los contornos	<i>Inventions on the Book of Job</i> , 1813, de William Blake	El paciente resalta sucesivamente la importancia de la presentación	P: El ginecólogo me dijo hace un año que volviera a revisión. M: No es necesario. P: Pero no me quedo embarazada desde hace 9 meses
Trayectorias no lineales (curvas) e intensas	<i>La noche estrellada</i> , 1889, de Van Gogh	Como un vehículo tomando curvas a gran velocidad	No tengo cita, pero me tiene que dar estas recetas..., y la baja..., y...

M: médico; P: paciente.

empieza siguiendo una rama y llega a una bifurcación y elige cuál de las 2 ramas tomar y llega a otra bifurcación..., hasta que acaba en un diagnóstico. Es como recorrer un laberinto. Pero en medicina de familia este laberinto es generalmente multicursal: un lugar en el que te puedes perder; los caminos no son siempre alternativos –pueden ser adecuados varios de ellos–, pueden tener diversas puertas de entrada, ramificaciones sin final, y diversas puertas de salida igualmente válidas, que se toman en cierto momento de la consulta o conjunto de consultas de una forma arbitraria; la consulta finaliza, aunque puede seguir en encuentros sucesivos por el mismo problema; sin final. Muchos de los caminos o intervenciones médicas pueden tener tanto efectos positivos como negativos⁶. Es habitual que sean «laberintos rizoma»: laberinto de ramificaciones infinitas, con varios senderos que llevan a distintas salidas. Como en los jardines de setos en la Inglaterra del siglo xii. Los diagnósticos en medicina de

familia a veces se hacen hacia delante, a veces hacia atrás, y a veces no se pueden hacer.

Senderos. La «trayectoria de la vista»

Como al mirar los fotogramas de la secuencia de una película (por ejemplo, la escena de la batalla del lago helado de la película «Alejandro Nevsky», de Eisenstein, donde hallamos una correspondencia total entre el movimiento de la música y el movimiento del ojo sobre las líneas de la composición plástica), o como al mirar un cuadro (por ejemplo, en «El encuentro de San Antonio y San Pablo», de Sassetta, que ilustra la trayectoria de la vista vinculada a una composición que avanza, más bien que retrocede, a través de la reproducción de un camino), durante la entrevista médico-paciente nuestra mirada clínica se va hacia ciertos lugares.

En determinadas secuencias de películas o en los cuadros clásicos se introducían diagramas del movimiento visual como «senderos de la vista»: representaciones concretas de senderos a cuyo largo se distribuían los acontecimientos que el artista deseaba describir en un cierto orden. Es decir, que el camino unía acontecimientos. Además, hay generalmente en la pintura algo que atrae la atención antes que todos los demás elementos. Desde allí la atención se mueve a lo largo de la trayectoria deseada por el artista. Esta trayectoria puede describirse con una línea de movimiento, con un sendero de tonos graduados o con la agrupación o «juego» de personajes. Esta «línea» –el curso del movimiento, la trayectoria– en diferentes obras de arte plástica, puede ser trazada de otros modos además de los puramente lineales. Por ejemplo, por medio de matices cambiantes dentro de la estructura de imágenes de luz o color, o por el desdoblamiento sucesivo de volúmenes y distancias (*tabla 1*)⁷.

En la relación médico-paciente, durante la entrevista clínica, es la comunicación la que señala y guía nuestra trayectoria de la vista⁸. Muchas presentaciones clínicas comienzan, no con un diagnóstico físico, sino en un punto más allá, que atrae nuestra mirada, y que generalmente involucra temas psicosociales relevantes tanto para el paciente como para el médico⁹.

En conclusión, el valor de la medicina de familia está en sus diferencias con lo académico, con lo establecido. Debe estimularse al médico de familia a pensar sobre los problemas que se le presentan en la consulta de una forma no convencional. Identificar el repertorio de los senderos o trayectorias «de la vista y la mente» en las presentaciones de problemas de los pacientes en medicina de familia, puede ayudar a integrar los conceptos biopsicosociales en cada consulta, y tiene implicaciones para futuras investigaciones, práctica clínica y formación. «Sé muy paciente. No es difícil salir del laberinto. Lo que cuesta es hallarlo y penetrar»¹⁰.

Bibliografía

1. Rolland JS. Families, illness, and disability. An integrative treatment model. Nueva York: Basic Books; 1994.
2. Hajjaj FM, Salek MS, Basra MKA, Finlay AY. Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. *J R Soc Med*. 2010;103:178–87. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20436026>
3. Miettinen OS. The modern scientific physician: 1. Can practice be science? [editorial]. *CMAJ*. 2001;165:441–2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC81372/>
4. Turabián JL, Pérez Franco B. El concepto de diagnóstico en medicina de familia: ver un paisaje. El diagnóstico en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2010;42:66–9. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13146911&revistaid=27&ip=85.48.234.32&redir_user_contactid=QzJKUjRBMDA50DNP
5. Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Un nuevo enfoque práctico. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
6. Spielthenner G. The principle of double effect as a guide for medical decision-making. *Med Health Care Philos*. 2008;11:465–73. <http://springer.r.delivery.net/r/r?2.1.Ee-2Tp.XARlh.BxR8%2ag.T.GZfE.35gK.DSzMEYLO>
7. Eisenstein SM. El sentido del cine. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Argentina Editores; 1974.
8. Turabián JL, Pérez Franco B. El efecto de ver por primera vez el mar. Un intento de definición de la ley general de la medicina de familia: la entrevista es la clínica. *Aten Primaria*. 2008;40:565–6. Disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/atenion-primaria-27/el-efecto-ver-primera-vez-mar-un-13128570-reflexiones-medicina-familia-2008](http://www.elsevier.es/revistas/atenion-primaria-27-el-efecto-ver-primera-vez-mar-un-13128570-reflexiones-medicina-familia-2008)
9. Knox JDE. Presentations in primary care. An illustrated introduction to patient management in general practice. London: Butterworths & Co; 1985.
10. Badosa E. Caverna del día. En mapa de Grecia. Barcelona: Plaza y Janés; 1980.