

Grandes misterios. ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness?: el modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias

José Luis Turabián^a y Benjamín Pérez Franco^b

¿Lo que no puede ser, no puede ser y además es imposible?

La visión biopsicosocial (BPS) y las actividades comunitarias (AC) subrayan la importancia del contexto cultural y social. Es indudable que tener mayor información sobre el paciente permite ampliar el diálogo más allá de los aspectos biológicos. El médico de familia (MF) dispone de gran cantidad de datos BPS de sus enfermos, establece profundas relaciones médico-paciente y tiene presente en su práctica este valiosísimo caudal de relaciones humanas e informaciones continuadas en el diagnóstico y el tratamiento. Para el MF, conocer el contexto de los pacientes es importante para entender su clínica¹.

Pero, como con el monstruo del lago Ness, los rumores de la existencia del modelo BPS y las AC han circulado durante años, aunque se ha cuestionado la precisión, credibilidad y veracidad de tales historias, ya que ¿quién los ha visto? Algunos MF argumentan a favor de su existencia; sin embargo, la mayoría de escépticos considera generalmente que el modelo BPS y las AC no han rendido el impacto esperado, no se entendían, no se integraban con la clínica y, finalmente, no conseguían consolidarse en el tiempo². Además, es poco frecuente que se ponga el énfasis en este modelo durante la formación práctica de los futuros MF. ¿Por qué está resultando tan difícil la implantación del modelo BPS y las AC?: debido a la confusión conceptual que ha impedido ubicarlos en la tarea clínica del MF.

Puntos clave

- Todos los problemas de salud son biopsicosociales, e individuales, grupales y comunitarios a la vez.
- La atención individual, familiar y comunitaria, y la bio, psico y social son un todo indivisible.
- La comunidad no se establece sólo a través de la geografía, sino a través de los «nexos», las relaciones.
- Las sociedades científicas y las unidades docentes tienen que hacer un esfuerzo para mostrar el sentido práctico, factible y relevante del modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias.

Historia de los avistamientos del monstruo del lago Ness: los conceptos

¿Puede trabajarse con un modelo BPS y de AC cualquier problema clínico? ¿Por ejemplo, las infecciones urinarias en el embarazo, etc.? Sí. Todos los problemas de salud son biopsicosociales, e individuales, grupales y comunitarios a la vez³ (tabla 1). La enfermedad en todos los casos (¿cuándo no hay factores psicosociales en las enfermedades?) es una alteración o disfunción de las relaciones de comunicación entre actores y contextos (seres humanos, percepciones, ambientes, etc.). «Lo BPS» en la práctica, en la consulta, significa escuchar al paciente utilizando un criterio de «simultaneidad». Escuchar la información de tipo psicológico en la queja del paciente (incluidos los aspectos simbólicos del relato, por ejemplo, los que puedan estar relacionados con la utilización metafórica del síntoma), a la vez que se trabaja con la elaboración de los aspectos orgánicos. En medicina de familia y comunitaria (MFyC) no hay individuos aislados, sino en referencia a otros, en relación con otros (como han observado los paracaidistas y los astronautas, no se nota la velocidad de caída sino en relación con referentes). Cuando creemos que intervenimos en individuos aislados, como al tratar una enfermedad orgánica

^aMedicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España.

^bMedicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Correspondencia:
J.L. Turabián.
Calderón de la Barca, 24. 45313 Yepes, Toledo.
Correo electrónico: jturabianf@meditex.es

Manuscrito recibido el 14-12-2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 18-12-2006.

Palabras clave: Biopsicosocial. Medicina de familia. Actividades comunitarias.

TABLA 1
Algunos instrumentos del modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias. Ejemplos aplicados a infecciones urinarias en el embarazo

| Instrumentos del modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias | Ejemplos aplicados a las infecciones urinarias en el embarazo |
|---|--|
| 1. La entrevista: | Determinación descentralizada del problema: |
| Del contexto al síntoma | «¿A qué lo achaca?» |
| Entrevista descentralizada y contextualizada | «¿Qué piensa de ello?» «¿Qué piensa su familia, qué dicen?» «¿Cómo le afecta a Ud., a su familia, a sus amigos, a su trabajo...?» |
| | Determinación descentralizada de la solución: |
| | «¿Qué hizo Ud. para resolverlo?» «¿Qué puede hacer?» «¿Qué puede hacer su familia, amigos...?» «¿Qué recursos necesita para resolver...?» «¿Cómo puedo yo ayudarle?» «¿Qué cree que podíamos hacer?» |
| 2. La historia clínica contextualizada: | Creencias: las ITU afectan al embarazo, al bebé, a futuras posibilidades de quedar embarazada...; los antibióticos prescritos para las ITU en el embarazo dañan al bebé...; las ITU durante el embarazo favorecen el retraso mental... |
| Listado de problemas y recursos | |
| Creencias | |
| Macroplanes | |
| Varios actores | |
| Instrumentos cualitativos | |
| 3. Toma de decisiones contextualizada: | Contextualización: el seguimiento de una gestación desde sus etapas más tempranas nos permite ser testigos directos en el inicio y/o desarrollo de la familia. Determinados factores familiares, como la interacción de la pareja, el apoyo familiar externo y el grado de estrés al que están sometidos, pueden incidir en el desarrollo de un embarazo |
| El valor de la continuidad de la atención | La experiencia: las infecciones urinarias de repetición (y el sangrado genital) en los primeros 2 trimestres del embarazo nos pueden hacer sospechar de abuso sexual de repetición o violencia física |
| La experiencia | La continuidad: las infecciones urinarias femeninas suelen ser recidivantes |
| Las emociones | |
| La participación del paciente | |
| La estrategia | |
| Etcétera | |
| 4. Otros instrumentos clásicos de medicina familiar: | Tener en cuenta el ciclo vital familiar: embarazo adolescente, maternidad tardía, embarazo por reproducción asistida a partir de los 35 años, mujeres solas que deciden tener un hijo y que recurren a la clínica por semen de un donante, segundas parejas, personas que rondan los 40 años, han pasado por un divorcio o una separación... la familia y el estrés: las madres con varios niños pequeños, las divorciadas, separadas y viudas, o con pocos contactos sociales, los desempleados... pueden ser más vulnerables |
| Ciclo vital familiar | |
| Genograma | |
| Cronograma | |
| Línea de eventos familiares | |
| Círculo familiar | |
| APGAR familiar | |
| Eventos estresantes/crisis familiares | |
| 5. Otros instrumentos clásicos de medicina comunitaria: | Grupos de riesgo: el embarazo antes de los 16 años de edad significa un riesgo de presentar ITU; el embarazo no deseado |
| Escalas de apoyo social | |
| Grupos de riesgo/morbimortalidad | |
| 6. Capital relacional | Hacer consciente en la embarazada de las personas a las que podría acudir en casi cualquier circunstancia en que necesitara apoyo, aquellas en las que probablemente encontraría apoyo en determinadas cuestiones, y las que quizá la apoyarían en caso de necesidad |
| 7. Inventario de recursos comunitarios (grupos de ayuda mutua) | Hacer consciente a la mujer el inventario de grupos de mujeres en la zona |
| 8. Protocolos capacitadores | Utilizar guías clínicas de gestión de las ITU en embarazadas elaboradas entre profesionales y asociaciones de mujeres |
| 9. Inventario de pacientes-recursos | Mujeres atendidas en la consulta que pasaron ITU durante su embarazo y presentan recursos potencialmente útiles para mejorar la salud de otras |
| 10. Consultas grupales | Consultas programadas de grupos de mujeres embarazadas |

ITU: infección del tracto urinario.

nica en un individuo (el dolor, etc.) o tratar con fármacos un trastorno mental que definimos como una alteración de neurotransmisores cerebrales, nunca estamos tratando sólo a un individuo, sino que los cambios en esa persona (alivio de dolor, mejora de la depresión, etc.) tienen repercusiones sobre relaciones con otros individuos y contextos, y estos cambios repercuten otra vez sobre el enfermo, etc. La unidad de intervención es el individuo más su contexto: las relaciones/conexiones/enlaces entre actores. La atención individual, familiar y comunitaria, y la bio, psico y social son un todo indivisible, y así será atención clínica bien he-

cha cuando tenga en cuenta simultáneamente esas caras de la misma moneda.

Desde el modelo BPS, la enfermedad es el resultado de un complejo entrecruzamiento de redes simbólicas y procesos biológicos⁴. A lo largo de la biografía de la persona la enfermedad aparece entre ésta y su contexto relacional. La curación —el tratamiento, la intervención del profesional— llega a ser posible a través de la participación en la matriz de relaciones con las otras personas^{5,6}. Hay que resaltar que lo comunitario no se establece sólo a través de lo geográfico, sino a través de los «nexos», las relaciones. Con-

TABLA 2 Ejemplo sobre la diferencia entre el modelo biomédico y el biopsicosocial

| El modelo biomédico: entrevista de una persona que se ve grabada en un vídeo | El modelo biopsicosocial: entrevista de una persona que ocurre en vivo |
|--|---|
| <p>Imagine que le llaman de urgencias para visitar a un paciente... en un vídeo; usted está sentado viendo el vídeo. Así, su evaluación clínica del paciente-vídeo está restringida a lo que aparece en la pantalla, a la imagen del paciente. Usted no puede tener acceso al paciente como persona. La imagen se centra en el paciente, y no se observa a su esposa...</p> <p>La cámara se acerca al paciente: está sentado en la camilla de exploración, mueve sus brazos de una forma poco específica. La expresión facial revela poca satisfacción, pero no es fácil sacar conclusiones sobre el estado de su mente o su cuerpo. Necesitaría preguntarle al paciente en qué grado está poco satisfecho..., ¡pero es un vídeo...!</p> | <p>Imagine que le llaman de urgencias. El paciente le está esperando a usted, el médico, que llega por la puerta. Mira al paciente que está aún sentado en la camilla. Usted se detiene por un momento para ver lo que le rodea. Y escucha; usted oye la voz del paciente. ¿Qué es lo que usted ve? ¿Cómo se siente?</p> <p>Una vez el paciente en la camilla de exploración... parece preocupado y sus manos se mueven sugiriendo impaciencia, y dirigiéndose a su esposa que está de pie cerca de él. Usted está seguro de que lleva esperando mucho tiempo. «Y el dolor empeora y empeora. No sé cuánto podré resistir», dice el paciente. Y mientras lo dice, el paciente sube sus manos con desesperación, sugiriendo gravedad. «Alguien podrá hacer algo», dice otra vez, mientras parece implorar a la audiencia. «Y pronto», añade moviendo su cabeza de una forma que parece más desesperado aún. Su esposa está llorando...</p> |
| ¿Cómo se siente usted? –sea introspectivo–. ¿Cómo le afecta el comportamiento del paciente? | ¿Cómo se siente usted? –sea introspectivo–. ¿Cómo le afecta el comportamiento del paciente? |

ceptualmente, una comunidad puede ser un barrio, una comunidad de intereses con o sin límites geográficos, o el conjunto de las relaciones y conexiones de una persona⁴. El MF, al atender a pacientes, va desde el contexto al cuerpo (no al revés: desde el cuerpo al contexto). El MF hace atención centrada en el contexto. La orientación comunitaria de la medicina de familia se basa en tener en cuenta los contextos (actores, relaciones, recursos), y en tener en cuenta que el profesional crea contextos. El sentido del modelo BPS y las AC tiene que ver con «cómo» se hace el trabajo, más que con «qué» se hace. La continuidad de relaciones entre MF y pacientes en su ambiente, incluso de una forma tácita, construye una confianza y crea un contexto adecuado curativo, además de aumentar el conocimiento sobre el paciente⁷. Hay en el hombre posibilidades inmensas que habitualmente el médico desconoce. Saber esto y actuar en consecuencia es liberar a la profesión de médico de las cadenas que dificultan que prestemos al enfermo toda nuestra ayuda.

Presuntas pruebas: la práctica

¿Cuáles son herramientas prácticas para el modelo BPS y las AC en MFyC? (tabla 1)^{4,8}. La diferencia entre el modelo biomédico y el BPS es como la diferencia entre una entrevista de una persona que se ve grabada en un vídeo y la que ocurre en vivo (tabla 2)⁹. Al ver a una persona en un vídeo nos damos cuenta de que lo que se puede conocer o aprender de esa persona está limitado a lo que aparece en el vídeo; la imagen de la persona es la única fuente de información. El modelo biomédico impone la misma limitación. Para la medicina, excluir de la ciencia lo humano y relacional del paciente presenta una paradoja, ya que estrictamente hablando, el estudio clínico es el estudio de una persona por otra, y el diálogo y la relación son herramientas indispensables. Para el MF, que llega a conocer bastante bien a sus pacientes, sus biografías, sus vidas, el proceso diagnóstico es tomar el problema simple inicial, y abrirlo, como cuando se despliega un mapa doblado, hasta que aparezcan gran cantidad de conexiones. Claro es que ese «diagnóstico desplegado» es un diagnóstico complejo

(integral, BPS), pero aún incompleto, donde sólo pudimos esbozar el iceberg de temas y de significados vitales, donde se llegó «hasta donde se pudo», que se va construyendo poco a poco, en cada visita, como el escultor que esculpe una escultura.

Conclusión

Pese a que las reiteradas exploraciones para tratar de encontrar alguna prueba definitiva de la existencia de lo BPS y las AC parecen haber tenido poco éxito hasta el momento, los indicios parecen abrumadores. La literatura médica no presta atención a las anomalías cualitativas, como el papel del paciente (y del médico), las emociones y creencias, los factores socioculturales, ecológicos y otras variables intangibles. Una de las razones es que no hemos ampliado nuestro repertorio de métodos de conocimiento propios de estas nuevas realidades. Un estudio científico no puede ser verdaderamente científico sólo en los términos biomédicos y excluyendo los dominios humanos. Las sociedades científicas y las unidades docentes tienen que hacer un esfuerzo para mostrar el sentido práctico, factible y relevante de lo BPS y las AC para el especialista en MFyC, de forma que dé un valor añadido a la especialidad que la haga ser el mejor trabajo de la medicina¹⁰. Como los escoceses con el monstruo del lago Ness, estamos convencidos de que si no existiese el modelo BPS/AC, habría que inventarlo¹¹.

Bibliografía

- Cardol M, Van den Bosch W, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, Van Dijk L, de Bakker DH. All in the family: headaches and abdominal pain as indicators for consultation patterns in familia. *Ann Family Med*. 2006;4:506-11 [accedido 10 Dic 2006]. Disponible en URL: <http://www.annfammed.org/cgi/content/full/4/6/506>
- López Santiago A. Una oportunidad para mejorar la atención primaria. *Comunidad. PACAP*. 2005;12:5-10.
- Turabián JL, Pérez Franco B. El médico con tres cabezas. *Aten Primaria*. 2006;38:570-3.
- Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001.

5. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Apuntes sobre la «resolutividad» y la «cura» en la medicina de familia. *Aten Primaria*. 2003;32:296-9.
6. Turabian JL, Pérez Franco B. El entramado específico de la clínica en medicina de familia: implicaciones para la práctica y la formación. *Aten Primaria*. 2006;38:349-52.
7. Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. Measuring Continuity of Care in Diabetes Mellitus: An Experience-Based Measure. *Ann Fam Med*. 2006;4:548-55 [accedido 10 Dic 2006]. Disponible en URL: <http://www.annfammed.org/cgi/content/full/4/6/548>
8. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: no todo son cebras y caballos. *Aten Primaria*. 2006;38:165-7.
9. Engel GL. The essence of the biopsychosocial model: from 17th to 20th century science. En: Balner H, editor. *A new medical model; a challenge for biomedicine?* Amsterdam: Swets & Zeitlinger; 1990; p. 13-8.
10. Woo B. Primary care-the best job in medicine? *N Engl J Med*. 2006;355:864-6.
11. Weiss RJ. The biopsychosocial model and primary care. *Psychosom Med*. 1980;42:123-30.