

¿Se parecen los médicos de familia a las tortugas marinas?

J.L. Turabián Fernández^a y B. Pérez Franco^b

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España.

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. España.

“En mi opinión, la tortuga es el animal más rápido del mundo. Y es que de manera lenta pero segura, va centrándose con mucha paciencia en lo que tiene que conseguir. ¿Acaso no es rapidez... el saber lo que se quiere?”.

Comentarios de Arto Tunçboyacıyan, músico armenio, sobre su canción *Fast like a turtle* (Con la rapidez de una tortuga), de su disco *Artostan*.

¿CÓMO SE ORIENTA EL MÉDICO DE FAMILIA PARA PREDECIR UN DIAGNÓSTICO, UN PRONÓSTICO, UN CURSO EVOLUTIVO O LOS EFECTOS DE UN TRATAMIENTO?

¿Los médicos de familia (MF) son como tortugas marinas? Sí, ¡hay un parecido increíble! Desde luego, normalmente, no es un parecido físico, pero algunas costumbres y habilidades son tan similares... Su caparazón les ha permitido resistir durante millones de años, cuando los dinosaurios hace tiempo que desaparecieron (u otras especialidades médicas pueden estar en entredicho); trabajan aparentemente con lentitud (en relación a otros especialistas hospitalarios), pero recorren miles de kilómetros.

Las tortugas marinas son capaces de realizar viajes larguísimo por mar abierto y alcanzar, con una precisión increíble, su destino. ¿Qué usan las tortugas para orientarse en la amplitud de los océanos? ¿Cómo consiguen encontrar en medio del océano, sin aparentes puntos de referencia, lugares tan pequeños y remotos?¹

Los MF son capaces de comprender el impacto completo de la enfermedad (neurológica, cardiológica, etc.) y valorar el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, curso evolutivo y severidad, en un individuo concreto, sin disponer de “protocolos” para cada problema de salud en cada paciente. ¿Qué usan los MF para orientarse en la amplitud de la clínica? ¿Cómo consiguen encontrar en medio de la clínica, sin aparentes puntos de referencia, datos tan concretos y pequeños?

La identificación y el diagnóstico de todas las enfermedades está más en relación con ciertos factores sociales y contextuales que con factores patológicos específicos. El curso de la enfermedad está influenciado por los factores psicosociales que concurren. La estructura familiar (estrés familiar, roles y relaciones, recursos familiares, etc.) afecta

a las manifestaciones de enfermedad de sus miembros, y los patrones de “rol de enfermo” son similares dentro de las familias²⁻⁴.

La enfermedad individual produce un incremento de la disfuncionalidad familiar y del estrés en la familia (estrés del cuidador, tensión familiar, ruptura familiar, problemas de relación de pareja –separación, divorcio–, incompetencia o irresponsabilidad familiar, variaciones de los estilos de comunicación en la familia, sobreprotección, autoritarismo), que pueden conducir a una mayor descompensación del paciente (biológica y psicológicamente: descompensación glucémica o hipertensiva, etc., ansiedad, depresión, etc., cambios cognitivos y sensoriales, etc., falta de apoyos, reducción de contacto social).

El cumplimiento terapéutico está más en relación con el factor relación médico-paciente (confianza, etc.) y las influencias familiares, que con los factores biomédicos de la patología, tipos y números de fármacos, dosis, duración, etc.⁵.

La severidad y el pronóstico de la enfermedad (especialmente crónica) pueden predecirse con más exactitud a partir de las pérdidas de los roles y actividades sociales y familiares que por la clínica^{3,6-11}.

LOS GUIJARROS PULIDOS POR EL RÍO

El MF se guía, en la incertidumbre de cada consulta individual, teniendo en cuenta el contexto global para poder hacer el diagnóstico, tratamiento y pronóstico; ésta es su “brújula”. Cuando el médico diagnostica, trata y valora el pronóstico de una patología sin tener en cuenta el contexto psicosocial, la patología está “como pez fuera del agua”. Las patologías son como los guijarros pulidos por el río, que pueden ser de enormes dimensiones y formas distintas, pero en cierta manera son todos iguales. Lo variable, lo que da el elemento distintivo a cada patología es el contexto –la fuerza del agua, su caudal, sus meandros–; las que son iguales son las patologías biomédicas que pueden parecer muy distintas –insuficiencia cardíaca, asma bronquial, cáncer de mama, etc.–, pero que en el fondo son iguales; se muestran diferentes en su diagnóstico, pronóstico, curso y tratamiento sólo debido a su contexto^{3,5-11}.

CONCLUSIÓN: LA VISIÓN EN LA OSCURIDAD

El coste global de las enfermedades para la sociedad, en términos de pérdida de productividad, costes sanitarios y sociales es inmenso. Pero estos costes se multiplican cuando se considera el impacto sobre la familia y el contexto, que puede medirse en términos de limitaciones de los papeles sociales y laborales en relación al tiempo usado en cuidar al miembro enfermo de la familia, reacciones emocionales negativas, costes económicos, estigma social, aumento del estrés dentro del sistema familiar, etc.

La expresión de los síntomas individuales está más en relación con ciertos factores contextuales que con los factores patológicos aparentemente específicos. Pero es sorprendente la poca atención que se ha puesto en la familia y el contexto del enfermo como factor que afecta al paciente y es afectado por el mismo, y lo poco que se usa esta evidencia en el trabajo clínico diario, ¡incluso en medicina de familia! Tener en cuenta este modelo multidimensional e integral es de gran valor para realizar el diagnóstico, el tratamiento y predecir el pronóstico y los resultados de las situaciones de salud-enfermedad. En este enfoque la patología ocupa el mismo lugar preeminente que en el modelo biomédico, pero su visión se transforma por entero; en este modelo se logran resaltar las diferencias de las patologías en cada contexto específico, en lugar de esconderlas en un protocolo uniforme¹².

El trabajo clínico del MF es una tarea realizada en la oscuridad, que precisa de una buena “visión nocturna”. Éste es un modo diferente de ver en un mundo de claroscuros, de contornos borrosos. Los MF, a diferencia de los especialistas hospitalarios, precisan orientarse en condiciones de oscuridad para tomar decisiones adecuadas; precisan un visor nocturno que les permita ver en la noche, de forma que sea suficiente la mínima luz de las estrellas para explorar el paisaje. En los MF, como en las tortugas marinas, se empieza a conocer la información que usan para ajustar su dirección en medio del océano o en medio de la incertidumbre de la clínica. Este visor es el contexto global que les permite poder hacer diagnósticos, tratamientos y pronósticos como “por arte de magia”.

Este misterio desvelado, que puede tener algo de increíble para el novicio, y que permite al MF mantener una ruta precisa en la oscuridad de la clínica –como lo hacen las tortugas en el mar abierto, a pesar de las corrientes, los

vientos, las tempestades y la aparente ausencia de todo punto de referencia– puede sistematizarse y aprenderse, y debería ser uno de los aspectos más importantes en el proceso formativo de los MF¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Ghione S. La isla de las tortugas. Viaje a Ascensión. Barcelona: Península; 2002.
2. Minuchin S, Rosman B, Baker L. Psychosomatic families. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
3. Kerns RD, Curley AL. A biopsychosocial approach to illness and family: neurological diseases across the life span. En: Turk DC, Kerns RD, editors. Health, illness, and families. A life-span perspective. New York: John Wiley and Sons; 1985.
4. Cardol M, Van den Bosch WJHM, Spreuvenberg P, Groenewegen P, Van Dijk L, De Bakker DH. All in the Family: Headaches and Abdominal Pain as Indicators for Consultation Patterns in Families. *Ann Fam Med*. 2006;4:506-11. [citado 16 de abril 2007]. Disponible en: <http://www.annfammed.org/cgi/content/abstract/4/6/506>
5. Balint JA. Brief Encounters: Speaking with Patients. *Ann Intern Med*. 1999;131:231-4. [citado 16 de abril 2007]. Disponible en: <http://www.annals.org/cgi/reprint/131/3/231.pdf>
6. Wang HX, Leineweber C, Kirkeeide R, et al. Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary Angiography Study. *J Intern Med* 2007;261(3):245-54. [citado 5 de mayo 2007]. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2796.2006.01759.x?ai=so&ui=pw1&af=T>
7. Archea C, Yen IH, Chen H, et al. Negative life events and quality of life in adults with asthma. *Thorax*. 2007;62:139-46. [citado 10 de mayo 2007]. Disponible en: <http://thorax.bmj.com/cgi/content/abstract/62/2/139>
8. Wyman PA, Moynihan J, Eberly S, et al. Association of Family Stress With Natural Killer Cell Activity and the Frequency of Illnesses in Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:228-34. [citado 16 de abril 2007]. Disponible en: <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/161/3/228?etoc>
9. Gupta A, Silman AJ, Ray D, et al. The role of psychosocial factors in predicting the onset of chronic widespread pain: results from a prospective population-based study. *Rheumatology*. 2007;46:666-71. [citado 14 de abril 2007]. Disponible en: <http://rheumatology.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/46/4/666?etoc>
10. Spiegel BM, Gralnek IM, Bolus R, et al. Clinical Determinants of Health-Related Quality of Life in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Arch Intern Med*. 2004;164:1773-80. [citado 3 de mayo 2007]. Disponible en: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/164/16/1773>
11. Irvine EJ. Quality of life assessment in gastro-oesophageal reflux disease. *Gut*. 2004;53 Suppl 4:35-9. [citado 16 de abril 2007]. Disponible en: http://gut.bmj.com/cgi/content/abstract/53/suppl_4/iv35
12. Turabían 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.