

DIMENSION

HUMANA

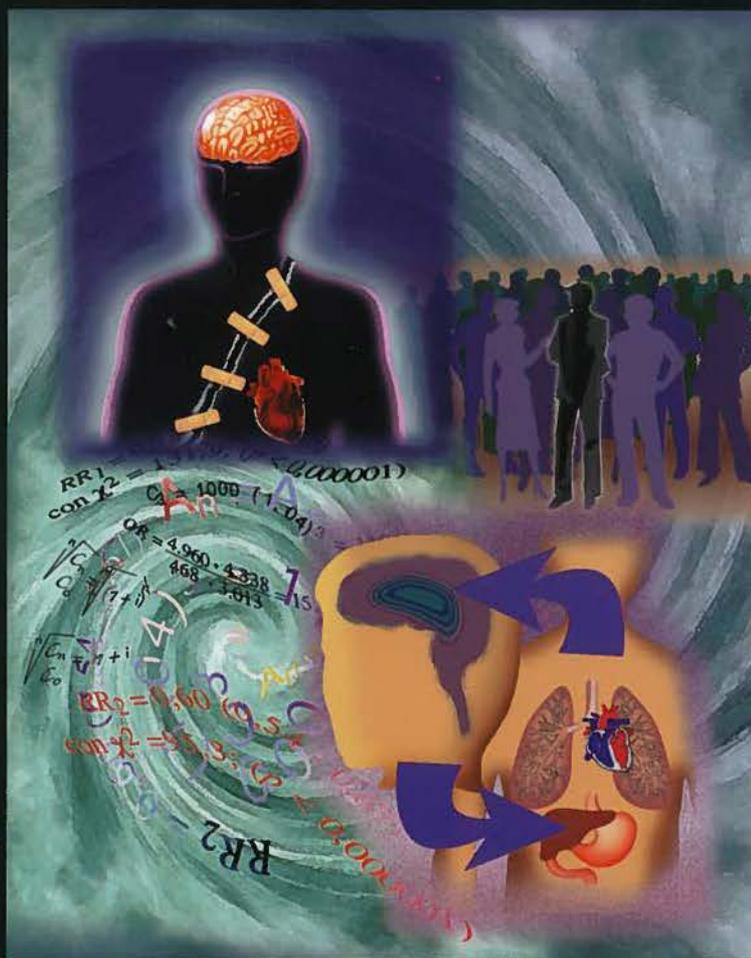
**MODELOS DE SALUD
POSITIVA**

**VIVENCIAS TRAS UNA
OPERACION**

**EL HUMANISMO MEDICO
VISTO DESDE LA
PERSPECTIVA ETICA**

**PONIENDO EN FORMA A LA
ATENCION PRIMARIA**

HAGA SU VIDA



vol. 1 n° 5 noviembre 1997



semFYC

DIMENSION **HUMANA**



Publicación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

DIRECTOR José Ramón Vázquez Díaz

SECRETARIO DE REDACCION José Luis Turabián Fernández

CONSEJO DE REDACCION
Rogelio Altisent Trota
Francesc Borrell i Carrió
Pedro Iragüen Eguskiza
Yolanda Jarabo Crespo
Roger Ruiz Moral
Mario Soler Torroja

COMITE DE DIRECCION
Manuel Medina Peralta
Manuel Ferran Mercadé
José Ramón Vázquez Díaz
José Luis Turabián Fernández

© 1996 semFYC

Dimensión HUMANA es una marca registrada de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del copyright.

Ilustraciones de portada y tema central: Yolanda Vaquero

EDICION Y PUBLICIDAD



C/ Antonio López, 236. 28026 Madrid
Tel. (91) 500 01 14. Fax. (91) 792 40 13
e-mail: ergon@ergon.es

C/ Berruete, 50. 08035 Barcelona
Tel. (93) 428 55 00. Fax. (93) 428 56 60

SECRETARIA DE REDACCION

EDICIONES ERGON, S.A.
C/ Antonio López, 236. 28026 Madrid
Tel. (91) 500 01 14. Fax. (91) 792 40 13
e-mail: ergon@ergon.es

Depósito Legal: M-38921-1996
ISSN: 1138-0187
Soporte Válido n° 99-R-CM

Dimensión HUMANA es una publicación trimestral (4 números al año). Tarifa de suscripción anual: Socios de semFYC: 2.600 Pts. No socios: 5.500 Pts. Ejemplar suelto: 2.000 Pts. Ejemplar atrasado: 2.250 Pts. (IVA incluido. Precios válidos sólo para España). Precio suscripción anual: Comunidad Europea: 50 \$ - Resto países: 60 \$.



SUMARIO

VOLUMEN 1 NUMERO 5 • NOVIEMBRE 1997

TRIBUNA DEL LECTOR

- 3 Los medios de comunicación en la salud: La epidemia de meningitis C. *S. Luque Lozano*

MEDICUS HUMANUS

- 5 *J.R. Vázquez*

RELATOS EN PRIMERA PERSONA

- 7 Vivencias tras una operación. *F. Riaza Pérez*

ARTÍCULO ESPECIAL

- 11 El humanismo médico visto desde la perspectiva ética. *C. González Quintana*

TEMA: MODELOS DE SALUD POSITIVA

- 20 Modelos de salud positiva para una nueva generación de profesionales de la salud: Más allá de la enfermedad. *J.L. Turabián*
- 23 Hacia una cultura epidemiológica revitalizada. *L.C. Silva Aycaguer*
- 34 Cerebros *versus* corazones: Una falsa antítesis. *J. Tudor Hart*
- 41 Lo psicosocial: Un referente necesario en Atención Primaria. *E. Irazábal Martín*
- 45 El arte de vivir y la salud. *E. Ander-Egg*

- 57 HUMOR HUMANO - *Por Harca*

FORO

- 59 Poniendo en forma a la Atención Primaria. *R. Ortega Sánchez-Pinilla*
- 62 Formación psicosocial y medicina de familia en Rochester. *Y. Jarabo Crespo*

- 65 LA IMPORTANCIA DE LO ESCRITO

HISTORIA, ARTE, LITERATURA, ...

- 69 Haga su vida. *E. Sur Andares*

- 73 HUMOR HUMANO - *Por X. Marín*

HUMANA: INFORMACIÓN PARA AUTORES Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

VACUNACIÓN ANTIMENINGITIS: LA ANSIEDAD FRENTE A LO RELATIVO

SALUSTIANO LUQUE LOZANO

Médico. Jefe del Servicio de Salud. Delegación Provincial de Salud. Córdoba

Los casos de meningitis, provocan cada año episodios de alarma entre los convivientes de las personas afectadas, especialmente en el caso de los niños que asisten a guarderías y centros escolares. Con frecuencia, los medios de comunicación se hacen eco de estos incidentes. Durante los primeros meses de 1997 hemos vivido esta misma situación de una forma singularmente intensa por varias razones, que han sido prolijamente analizadas.

Sin duda, se ha registrado en el país un incremento de la incidencia de la enfermedad meningocócica, en relación con años anteriores, aunque con significativas diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas. Sin embargo, el elemento decisivo, a mi juicio, para la alarma social producida en esta ocasión, que tuvo su acmé en la segunda quincena de febrero, ha sido la existencia de una vacuna frente al meningococo grupo C, de acceso restringido, que ha sido utilizada discrecionalmente en campañas de vacunación llevadas a cabo en ciertas Comunidades Autónomas. Muchas personas han tratado de conseguir para sí y sus hijos este mecanismo de presunta protección frente a una enfermedad cuyo sólo nombre inspira radicales sentimientos de temor y angustia.

Se han alzado muchas voces atribuyendo la magnitud alcanzada por este episodio de alarma social al papel desempeñado por los medios de comunicación en relación con el tema. No obstante, un análisis hemerográfico de las noticias y reportajes producidos con este motivo, no permite avalar dicha hipótesis. Más allá de alguna estridencia sensacionalista, los medios de comu-

nicación han recogido las diversas expresiones de la preocupación colectiva, concediéndole la prioridad que la cuestión realmente tenía en el sentir de buena parte de nuestra sociedad. Si se observa, la prensa se hizo eco, de forma pomenorizada, de los mensajes y datos oficiales transmitidos por las autoridades sanitarias. Varios periódicos de amplia tirada nacional publicaron reportajes informativos sobre este tema, con un rigor y claridad encomiables. Durante las semanas de mayor tensión en la opinión pública, se dedicaron editoriales que, en tono tranquilizador, apoyaban de forma inequívoca la posición unánime de los responsables sanitarios, con alguna crítica -razonable, por cierto- a retrasos o falta de exhaustividad en la información que inicialmente se suministró sobre el asunto.

No sucede así, a mi parecer, con la actitud mantenida por los profesionales sanitarios, especialmente cierto número de médicos que, presionados por la ansiedad de algunos pacientes y posiblemente sin la suficiente información científica, han cedido en ocasiones a la tentación de la complacencia (hay que recordar que algunas imágenes de ciudadanos haciendo cola, que se presentaban como demandas de vacunas antimeningocócicas, en realidad lo eran de solicitud de visados de la inspección para vacunas frente al *Haemophilus influenzae*). Se ha echado en falta el pronunciamiento contundente de sociedades científicas y profesionales de prestigio. Han trascendido debates del ámbito profesional donde, una vez más, se confunde la noción de efectividad clínica con la de eficacia de las medidas de Salud Pública.

Probablemente, subyace en todas

estas reacciones la inseguridad y angustia que al ser humano produce la obligación de relativizar las opciones. Nos fascina lo absoluto. Preferimos normalmente categorizar el mundo en cosas buenas y malas, beneficiosas y perjudiciales. Así, resulta difícil de aceptar, cuando no se dispone de información suficiente, objetiva y contrastada, que algunas Comunidades Autónomas hayan desarrollado campañas masivas de vacunación frente a la meningitis grupo C y otras no; que el médico indique que la vacunación a un niño y no a su vecino.

A veces, los propios profesionales sanitarios vacilan ante la necesidad de aplicar criterios de selección basados en la evidencia científica y no puede argüirse que en el caso que nos ocupa no existan informes de evaluación, que han sido publicados y difundidos, donde se ponen de manifiesto las limitaciones que presentan las vacunas actualmente disponibles frente a la meningitis C, en cuanto a su capacidad inmunogénica, su efectividad a medio plazo y su eficacia en vacunaciones colectivas.

A pesar de las incertidumbres que genera, pienso que el escenario en que la medicina va a desenvolverse en el futuro próximo cada vez estará más modulado por la necesidad de adaptar los recursos sanitarios al contexto concreto de las personas, singularizando diagnósticos y tratamientos, medidas profilácticas y rehabilitadoras. Ello exige una nueva posición, más crítica y activa, tanto de los profesionales como de los usuarios de la sanidad, que habremos de acostumbrarnos a convivir con la diferencia, la variabilidad y la relatividad, como esencias mismas de la vida. ■

MEDICUS HUMANUS

José Ramón Vázquez Díaz

Director

PARECE INEVITABLE ESTA ANDADURA

Una gran llamada de atención hacia los profesionales de la salud brota por doquier. Bien sean encuestas a usuarios, bien se atienda a los medios de comunicación, cuando se refieren a las cualidades que se esperan en un médico o bien, simplemente, cuando escuchamos de un modo atento las demandas de nuestros pacientes, recibimos un reclamo constante para que nuestra naturaleza humana, lo que como técnicos y como personas somos, se introduzca, como un elemento más, en esa constante transacción que es siempre la relación clínica. Nuestros pacientes, las personas que nos visitan, las que viven en la comunidad en la que trabajamos, esperan de nosotros algo más que perfectas decisiones basadas en la mejor evidencia disponible. No sólo necesitan de nosotros nuestra parte técnica, nos necesitan a nosotros mismos, del mismo modo que ellos no ponen en nuestras manos un órgano, ni siquiera un cuerpo, sino todo aquello que como personas *—en general dolientes—* son.

Sin embargo, los médicos no estamos preparados para dar tanto. Nos resistimos a salir de la esfera técnica, construimos una gran coraza de insensibilidad aparente, huimos de las emociones y fracasamos en esa huida, las enterramos en lo más profundo de nosotros mismos y en ese mismo lugar nos minan y nos socavan. Nos resignamos a que nuestra vida como médicos vaya, poco a poco, adquiriendo el color y la consistencia de esa masilla con la que juega el niño, de tantos colores mil veces amasados, que se ha ido volviendo amorfa y gris.

Si bien en el desarrollo de la medicina como técnica subyace una finalidad y, por tanto, un interés por lo humano, esta sensibilidad tiene la oportunidad de una máxima expresión cuando el médico emplea o desarrolla esas áreas *—denominadas tecnologías también—* dirigidas a integrar las acciones sanitarias y a perfeccionar esos modos más adecuados de satisfacer de una forma global, tanto con abordajes individuales como grupales o comunitarios, las necesidades de salud de las personas. Es ahí donde el médico de familia es especialmente especialista y tal vez sea esa la razón de que, si bien a cualquier médico se le pide sensibilidad *—capacidad de sentir—*, del médico de familia se espera, además, capacidad para expresar, modular y en ocasiones compartir las emociones y los afectos.

Esto exige del médico estar en posesión no sólo de un buen arsenal de conocimientos técnicos, sino también de aquellos otros que van a hacer de él un "homo humanus" *—como dice Pedro Laín¹: ...un hombre histórica y éticamente cabal, un técnico humanista capaz de llegar con cierto rigor intelectual, y a través de su propia técnica, hasta la realidad humana de la que ésta brota...—* y además un médico "...con una voluntad de reciclado emocional y actitudinal para mantener una buena salud mental, es decir, la capacidad de amar, trabajar, disfrutar y tolerar."² Y más aún podríamos decir si introduyéramos la idea de un médico con "calidad humana"³ para referirnos a aquellos aspectos que difícilmente se dejan atrapar por la ciencia biológica y que tienen que ver con esos valores que han de presidir tanto la propia relación clínica como las acciones comunitarias.

La adquisición de esta gran maestría *—utópica⁴—* requiere un largo *—tal vez inacabable—* proceso de aprendizaje, en el que han de estar presentes tanto las humanidades, que nos permiten acercarnos al conocimiento del hombre a través de la visión de unas élites *—en literatura, filosofía, bellas artes, religión o música—*, como las ciencias sociales *—economía, ciencias políticas, sociología, antropología, lingüística y aspectos experimentales de la psicología—*, a través de las cuales ampliamos nuestro conocimiento al completo espectro de la humanidad⁴.

¹Laín P. El humanismo del hombre de ciencia. *Revista de Occidente* 1996;185:105-118.

²Tizón J. Sobre el "humanismo imposible" en la medicina actual. *Dimens Hum* 1998;2(1):en prensa.

³Altisent R. Humanidades para médicos. *JANO* 1997;LII(1202):801.

⁴Jackson G. ¿Qué son las ciencias sociales?. *JANO* 11995;XLIX(1147):1528.

Algo parece estar cambiando. Comienza a observarse en el ámbito profesional y en los ámbitos docentes, sobre todo los que forman especialistas y los que se dedican a la formación continuada, una incipiente, pero creciente, preocupación por conseguir contrapesar la formación y práctica médicas, de tal manera que el gran énfasis que durante las últimas décadas se ha puesto en lo tecnológico, sobre todo en aquellas tecnologías denominadas duras *-hard-*, se equilibre ahora con un mayor protagonismo en la formación y práctica médica de esa otra, tecnología también, denominada blanda *-soft-* pero tan necesaria para perfeccionar los sistemas, la organización y los modos de hacer y, con ellos, la capacidad para prestar un servicio sanitario más adecuado y más dirigido a la persona.

Los médicos de familia, en tanto en cuanto nos esforzamos por aumentar nuestra capacidad para realizar aproximaciones biopsicosociales a nuestros pacientes, estamos en gran medida siendo los pioneros de esta nueva andadura que sin duda se producirá en la práctica de la medicina de los próximos años.

DIMENSIÓN HUMANA: UN AÑO EN EL CAMINO

En HUMANA hace un año que hemos iniciado el camino. Es nuestra forma de contribuir a la construcción de ese "médicus humanus".

Tras un año de intenso trabajo nos mostramos satisfechos porque hemos recibido muestras de satisfacción con los resultados de nuestro trabajo.

Hoy HUMANA, en un mercado editorial tremendamente denso, ocupa un segmento que estaba vacío y sobre el cual había una clara necesidad. Se están cumpliendo los objetivos holgadamente y observamos que el interés por su lectura y el aflujo de colaboraciones va en constante aumento.

Un amplio panel de personalidades nacionales y extranjeras serán llamadas a formar parte del Consejo Asesor de la revista y a contribuir con su sabiduría y experiencia a la mejora constante de la misma.

Pero HUMANA no pretende ser una revista erudita, aunque tampoco huirá de ello. Estamos tratando de crear un escenario idóneo para la expresión y la reflexión profunda, para nuestro perfeccionamiento como médicos y como personas y, por tanto, para la mejor comprensión del hombre, en tanto que individuo y ser social. Para ello las ciencias sociales y las humanidades resultan caminos orientados en la dirección adecuada.

La "familia HUMANA", aquellos que participamos en cada número a través de su escritura, de su lectura o de la coordinación editorial, renunciamos a la neutralidad dado que tenemos una clara vocación animadora y proselitista, y probablemente hemos perdido ese pudor, tan frecuente en los médicos, a hablar de sentimientos y emociones o de esa otra dimensión de la experiencia clínica *-individual, grupal o comunitaria-* y docente, que difícilmente encuentran lugar en las revistas clásicas.

No será HUMANA una revista estática, estará constantemente abierta a la incorporación de nuevas ideas. Nos gusta transitar por terrenos fronterizos y desde ellos experimentar nuevas propuestas, nuevas opciones, o bien recuperar algunas que ya se habían perdido. Tendremos puestos los cinco sentidos en el proyecto de servir, no sólo a los médicos, sino a todo aquel que encuentre que HUMANA le sirve en su desarrollo profesional y personal.

En definitiva, HUMANA, Dimensión HUMANA es un proyecto de la semFYC, del colectivo de médicos de familia de España, que han decidido que en la práctica de la medicina hay elementos profundos, nucleares, que pueden mejorar. Pero ese proceso de cambio, que supone siempre un intento de mejora, no puede descansar sólo en acciones colectivas sino que será, por encima de todo, un proyecto individual, personal e incluso íntimo. Y es, sobre todo, en esa dimensión donde HUMANA sitúa su mayor esfuerzo, su invitación y por tanto su lema: "Afíliate a HUMANA".

Vivencias tras una operación

Fernando Riaza Pérez

Lo conocía desde hace tiempo. Mi relación con él era de amistad antes que de médico-paciente, y sin embargo, él hace que esta última también sea posible. Siempre me asombró su profundo análisis filosófico de la vida, su capacidad de bajar a un nivel que ayudara a los de "a pie". Y a mí me ayudó como amigo muchas veces (y aún me ayuda).

Un día me consultó una fiebre de larga evolución sin foco. La serología que le pedimos dio positiva para las fiebres paratifoideas. El tratamiento no dio resultado. La clínica persistió y un estudio más exhaustivo confirmó un posible origen pancreático de su fiebre, que dio lugar a todo un largo proceso quirúrgico y de complicaciones serias postoperatorias. Pese a su gravedad, me seguía asombrando su capacidad de análisis de lo que ocurría en su entorno y las conclusiones a las que le llevaban. Esta vez me ayudó como médico mucho más que como amigo, porque pocos son los que viviendo en esas circunstancias, las viven con tanta profundidad y conciencia del sentimiento.

J.A. Prados.

Médico de Familia de Fernando Riaza

Me he sometido a una intervención quirúrgica grave en la que se me ha extirpado una parte del páncreas, una parte del duodeno, la vesícula biliar y algo de los conductos hepáticos. Este tipo de operaciones suele ocasionar unos trastornos psíquicos también importantes. Yo he tenido algunas experiencias que merecen, por lo menos para mí, ser conservadas, porque pueden ser de alguna ayuda en el conocimiento de la vida humana.

HECHOS EXTERNOS QUE QUIERO RECORDAR

El lenguaje de la clínica

El que más me ha llamado la atención es el del lenguaje de la

clínica. Las personas que allí he conocido tenían un lenguaje propio. Muchas palabras de ese lenguaje nos son desconocidas en su mayor parte. Son las que forman el lenguaje quirúrgico y médico. A ellas no me refiero porque es sabido el hecho de su ignorancia para quienes no pertenecemos a ese ámbito. Pero hay otras palabras de uso corriente que en la clínica y en los hospitales cambian su significado. Esos nuevos significados son los que llamaron mi atención. Por ejemplo, la palabra "ahora". En el mundo extrahospitalario significa que algo está ocurriendo de forma

simultánea o va a ocurrir en un muy breve espacio de tiempo, casi inmediatamente después de que se diga: "ahora mismo nos vamos", "esto sucederá ahora", etc. En la clínica en que se dan diferentes servicios y tareas, necesarios unos a otros, con ritmos de funcionamiento muy diferentes, "ahora" puede significar "cuando el servicio competente pueda hacerlo". Lo mismo les pasa a otras expresiones como "en breve", "dentro de poco", "en un tiempo prudencial". Estas palabras y frases para indicar inmediatez o brevedad temporal significan además "cuando el

Las personas que he conocido en la clínica tenían un lenguaje propio

Vivencias tras una operación

aparato o la persona competente para hacer esto pueda hacerlo". Recuerdo una exploración con aparatos, que tenían que hacerme "ahora", y que tardó siete horas en llevarse a cabo sin la más mínima extrañeza del personal. También faltan en su lenguaje, referidas a los estados del paciente, las palabras "grave", "muy grave", "muy mal". Se emplean términos técnicos objetivos pero sin calificarlos valorativamente:

"ahora estás en la recuperación del estómago", "la fiebre alta suele dejar estas secuelas", etc. Se sitúa el particular estado actual del enfermo en la generalidad de una enfermedad y su desarrollo, pero sin calificativos ni valoraciones que es lo que el enfermo espera.

Otro hecho que quiero recordar es la delicadeza del trato de médicos y enfermeras y del personal de la clínica de la Seguridad Social. Las muchas veces en que el nerviosismo y la inquietud se me hacían insoportables, no recuerdo una sola palabra impaciente ni siquiera un gesto de cansancio ante las molestias que he causado.

EXPERIENCIAS QUE HE TENIDO

La debilidad de la conciencia

El postoperatorio se agravó por los fenómenos que en él ocurrieron. Al padecer de hepatitis eran de temer algunos de ellos. La encefalopatía, las hemorragias internas, sobre todo una de ellas, la intolerancia digestiva de la primera semana y un largo estado de delirios e historias ficticias en las que creía vivir, me convirtieron en un

enfermo de cuidado y me llevaron un par de veces cerca de la muerte, aun cuando yo no me diera cuenta de ello. De los momentos en que tenía conciencia viva de mí

Faltan palabras referidas al estado del paciente ... se emplean términos técnicos objetivos pero sin calificarlos valorativamente

mismo, aun estando en lo demás alucinando, recuerdo la debilidad de esa mi conciencia, la falta de interés por casi todo, la molestia que me producía cualquier diálogo que oyese en el que no fuera yo el centro. Esta debilidad de la conciencia ha sido

para mí una experiencia importante. En primer lugar era algo nuevo. Nunca había experimentado la debilidad de mi conciencia. Siempre he sentido su fuerza y su papel rector de mi vida y nunca había experimentado, como ahora, su dependencia del estado fisiológico que estuviera sustentándola. Ahora veo la paradoja que hay en la conciencia, tan poderosa en dirigir y dominar el soma cuando éste funciona lo suficiente

para hacer posible esa dirección por la conciencia y ser a la vez tan débil cuando la base cerebral padece determinados daños. Estando en ese estado patológico he experimentado su poca fuerza de dirección, su rápido cansancio y mareo, y el no poder resistir

cualquier deseo, aunque mínimo, de dormir. Los valores en que se sustentaba mi vida habían perdido para mí todo su interés y me encontraba ausente aun de los usos

cotidianos. He sentido esta paradoja de la vida consciente y ahora que he vivido uno de sus extremos, creo que sé algo más sobre ella.

Cuando no estaba perfectamente cogido por estados de alucinación y desvarío, tenía muy claro la extrema debilidad de mi conciencia. Caso de superar ese período, pensaba, mi vida se reduciría a dos cosas, las únicas que entonces me interesaban algo. La primera, darme cuenta en que seguía viviendo y me alegraría de ello, y la segunda, mostrar agradecimiento a todas las personas que se habían preocupado por mí, habían intentado visitarme o me habían cuidado de mil modos. Sobre este punto volveré después.

Seres humanos como sanos o enfermos

La segunda experiencia que he tenido ha ampliado profundamente la conciencia que todos tenemos, la conciencia elemental de que los seres humanos podemos estar sanos o enfermos. No me refiero a los que tienen una enfermedad

transitoria sino a los que tienen una enfermedad crónica, de la que nunca podrán curarse. Me refiero a los parapléjicos, a los diabéticos, a los que tienen enfermedades graves e incurables en cualquiera de las funciones vitales. Aunque algunas no sean enfermedades especial-

mente dolorosas, el hecho de su continuidad tiene unas consecuencias en su biografía que deben ser comprendidas por los que la rodeamos. Una enfermedad

El descubrimiento del enfermo crónico como forma de ser humano dotada de gran importancia ha sido quizá mi mejor descubrimiento en estas semanas



muy dolorosa pero transitoria suele afectar menos que una enfermedad incurable aunque no sea dolorosa. Yo no he pertenecido a los seres humanos que tratan de comprender a los enfermos y debe ser una primaria actitud humana. Es ésta la nueva conciencia que he adquirido.

Antes de esta operación los seres humanos se dividían para mí en mujeres y varones, creyentes y ateos, blancos y negros, listos y torpes. En la enfermedad he aprendido la importancia que tiene la división entre sanos y enfermos. He percibido que se trata de una división primordial. Antes yo dividía a los seres humanos desde el punto de vista de su fortaleza física en normales y extraordinarios. Los enfermos eran una pequeña parte de los normales sin importancia primaria en mi clasificación. Ahora me he dado cuenta de lo erróneo de esta división. Los seres humanos nos dividimos primordialmente entre sanos y enfermos. Los atletas y los héroes son una minoría con menor im-

portancia que la gran minoría de los enfermos. Las opiniones que un tullido pueda tener sobre los campeones olímpicos no es una rareza sino una forma normal pero diferente de juzgarlos. El mito del campeón, del héroe, de la miss tiene que ser reducido en su importancia social para que se cree más espacio al parálítico, al subnormal o al enfermo en general. El descubrimiento del enfermo crónico como forma de ser humano dotada de gran importancia ha sido quizá mi mejor descubrimiento en estas semanas. El valor dado a lo perfecto, a lo más elevado, a la plenitud en el ámbito de valores en que he sido educado y en el que profundamente creo tiene que ser modificado y completado para que quepan junto a él los enfermos, los discapacitados, los do-

La importancia de ser querido

En el estado de máxima prostración a que llegó mi conciencia sentí que la base emocional de mi vida, su valor ético supremo no era lo que yo pudiera haber hecho por los demás, como antes creía, sino que era el cariño que los demás me mostraban. La experiencia de ese cariño ha sido especialmente llamativa, porque yo no pensaba que muchas de aquellas personas habrían de mostrar tal dedicación y tal preocupación por mí. No las creía dotadas de la generosidad que esas semanas advertí. La dedicación total de mi esposa la he empezado a comprender después de los días hospitalarios. Todos los malos ratos que le he hecho pasar en mis semanas de inconsciencia o delirio y las angustias que ha sufrido sólo ahora puedo empezar a agradecerse las. También otras personas, ya muy queridas, han mostrado un sufrimiento por mi estado que no esperaba. Pero ha ha-

Todas las personas que se han portado conmigo de forma más que excelente me han hecho ver que el sentirme querido es la base emocional de mi vida

habido otras muchas personas, los médicos, las enfermeras, el personal de servicio que se han portado conmigo de forma más que excelente. Todas ellas me han hecho ver que el sentirme querido es la base emocional de mi vida y me afecta más en la raíz que mi conciencia auto-

suficiente de querer a los demás y trabajar por ellos. Deseo que esta nueva conciencia no se me olvide sino que vaya progresivamente creciendo y convierta realmente mi agradecimiento en una actitud que llene algo más mis espacios interiores.

Vivencias tras una operación

La conciencia del posible final

He tenido otra experiencia con un lado decepcionante y otro esperanzador. Fue la de sentir lo poco emocionante que era para mí la conciencia de un posible final de mi vida. Esta falta de interés se debe en parte a lo débil de mi conciencia. Ni siquiera me perturbaba el pensar en el sufrimiento de mi esposa y de mi hijo (en el sufrimiento de los demás, ni siquiera pensaba). Era el final de mi historia, pero el final de algo tan pequeño y de tan poca fuerza que apenas me perturbaba. Entonces advertí que todas esas grandes frases relacionadas con la muerte: "entregó su vida por los demás", "aceptó su propia muerte como voluntad de Dios", "ruega por nosotros... ahora y en la hora de nuestra muerte", etc. yo las había pronunciado concediéndoles una importancia que ahora no veía. Pensaba que la muerte podía venirme en el sue-

ño y no me era difícil de aceptar, trivializando el hecho de encontrarme con San Pedro en vez de con el compañero de cuarto que, a veces, fue feo y tenía tatuajes en el cuerpo. Mi vida era entonces para mí tan insignificante que también era insignificante el que se terminase. Pero no fui capaz, como ahora empiezo a serlo, de criticar aquella mi posición y advertir sus defectos.

La enfermedad: Una oportunidad para descubrir a las personas

La experiencia más gozosa que he tenido ha sido descubrir el profundo valor moral de las personas que me rodearon. La exageración en la propia estima, la tendencia a menospreciar a los demás, la superficialidad en los juicios que tengo sobre ellos me impiden normalmente hacerme cargo del valor de sus vidas.

Se me ha abierto la posibilidad de entender mejor y admirar más la capacidad de sacrificio de quienes me han rodeado

Pero como con la enfermedad todos esos defectos estaban perfec-

tamente inactivos, se me había abierto la posibilidad de entender mejor y admirar más la capacidad de sacrificio, la profundidad del cariño, la admirable ternura y delicadeza de quienes me han rodeado. Me he avergonzado del desconocimiento de las personas a las que conozco y quiero desde hace muchos años. Al percibir su ternura y su paciencia conmigo las juzgaba como rasgos nuevos en ellos y en ellas. Y no eran nuevos sino que yo no los había percibido anteriormente. Para mí son ahora mejores de lo que hasta entonces había creído. Y lo había creído sin temor a equivocarme.

No sé cómo evolucionarán estas nuevas visiones. Un médico amigo, inteligente, me ha advertido que quizá estas concepciones estén muy teñidas por las profundas experiencias de la operación que todavía actúan en mí y que se modificarán cuando disminuya la intensidad emocional en que vivo todavía. Pero un año después de haberlas tenido, es decir ahora, no se han modificado. Sólo que su presencia en mi interior es mucho menos frecuente. ■

EL HUMANISMO MÉDICO VISTO DESDE LA PERSPECTIVA ÉTICA

Constantino González Quintana

Profesor de Filosofía y Ética. I.E.S de Turón. Mieres-Asturias. Colaborador del Área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Oviedo. Doctor en Teología Moral.

El objetivo de este artículo, elaborado por invitación de la Unidad Docente del INSALUD de Asturias, intenta poner de relieve la estrecha vinculación que existe entre humanismo y ética médica. Dado que lo «humano» es el marco de referencia para medir la moralidad de la conducta, se pretende demostrar la necesaria inclusión de la ética en el ámbito de la medicina y señalar que su camino transcurre entre las vertientes de la responsabilidad y la humanización. Se subraya también que el cauce humano de la bioética consiste en la articulación práctica de los principios que la inspiran (no-maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía), sin perder nunca de vista el concepto de persona como «interlocutor válido» que le sirve de fundamento. Las recientes disposiciones del Convenio Europeo de Bioética lo vienen a ratificar. En suma, lo decisivo no es estudiar humanidades médicas sino ejercer la medicina con sentido humano.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años se viene insistiendo cada vez más en la necesidad de introducir el «humanismo médico» en las facultades de medicina y en la praxis cotidiana de los médicos. Existe la convicción de que hay una serie de disciplinas centradas en el estudio del hombre (psicología, sociología, ética, historia, antropología, pedagogía...) que, vistas desde el ángulo médico¹, contribuirían a recuperar la tradición humanista de la medicina y a contrarrestar la acusación de haberse ido deshumanizando. Se ha llegado a afirmar, también, que para conseguir «calidad humana» en la asistencia sanitaria sería necesario impregnar con esas materias todo el currículo académico².

Sin embargo, lo que se pretende aquí es demostrar que el humanismo no sólo tiene que ver con

el cultivo de las humanidades mencionadas antes sino, principalmente, con el *sentido humano* que cada médico imprima al ejercicio de su propia profesión. Así pues, conviene hacer un par de observaciones previas:

1ª) La palabra *sentido* se relaciona con términos que significan «camino», «viaje». Desde ahí pasa a significar tanto la facultad de percibir y tener conciencia de lo que se hace, como la de adoptar una determinada dirección a la hora de actuar. Bajo esta acepción se dice que algo tiene sentido cuando está justificado en orden a un fin. Por tanto, llenar o dotar de sentido significa simultáneamente proyectar una meta y conferirle legitimación, ajustarlo a un plan y disponer de mecanismos para comprobarlo.

2ª) El término *humano* designa lo perteneciente al hombre como distintivo o específico de él,

aquello que define su condición y al mismo tiempo le orienta en la dirección de ser cada vez más hombre. Según se dirá más adelante, lo humano constituye la referencia vinculante e insustituible de la ética universal y configura el ámbito donde se descubre y se proyecta el sentido ético de la praxis médica.

LA TRADICIÓN «HUMANISTA» DE OCCIDENTE

La palabra *humanismo*³ suele utilizarse para designar el amplio movimiento espiritual, literario y artístico, que floreció en Italia a finales del siglo XIV y se extendió progresivamente a los países europeos más cercanos durante los siglos XV y XVI. Creó un estilo de vida basado en la «vuelta a los clásicos», haciendo especial hincapié en la recuperación de los grandes

¹ Laín Entralgo P. El nuevo humanismo médico. *Jano* 1991; 40(Nº Extraordinario): 10-17.

² Altisent R. Humanidades para médicos. *Jano* 1997; 52: 1202.

³ Rico F. Humanismo y ética. En: Camps V, editora. Historia de la ética. Barcelona: Editorial Crítica, 1988; I: 507-540.

autores grecolatinos y otorgando el calificativo de «humanista» a quien se hiciera experto en los *studia humanitatis*. Formaban parte de este movimiento los llamados «médicos humanistas»⁴, que trataron de renovar la medicina de aquella época acudiendo a la experiencia y sabiduría clínicas de la antigüedad griega y latina.

Sin embargo, el fenómeno del humanismo también se refiere a la valoración positiva de lo humano como condición específica del hombre que le ha impulsado a buscar un ideal de humanidad. Esta profunda corriente, que rebasa con creces las fronteras del Renacimiento, comienza a hacerse refleja en tiempos de Protágoras y Sócrates, (siglo V a.C.); pasa por el estoicismo romano (siglos I-II d.C.) donde se acuña el concepto de *humanitas*, que permite al hombre reconocerse ciudadano del cosmos (cosmopolita) y tomar conciencia de que lo importante no era ser romano, griego o bárbaro, sino vivir humanamente; recibe del cristianismo un sello particular por haber introducido un concepto proveniente de los griegos que tendría luego mucha relevancia, el de *persona*, y por interpretarlo desde la apertura y la solidaridad con los demás; finalmente, algunos autores del Renacimiento, como J. Pico de la Mirándola y F. Pérez de Oliva, recuperaron la idea de *dignidad* humana para expresar la capacidad que tiene el hombre en orden a decidir libremente acerca de su destino.

La Ilustración forjó después la idea de humanidad que está en la

raíz de los derechos fundamentales y en las constituciones de los estados modernos. Según I. Kant el fundamento de la dignidad de la persona reside en el hecho de que el hombre es el único ser capaz de darse leyes a sí mismo⁵, el único capaz de *autonomía*; por eso tiene «valor interno» y es «fin en sí mismo», nunca medio para cualquier otra clase de interés. J.J. Rousseau sostiene que lo decisivo no es el papel u oficio que cada uno desempeñe, sino la tarea de «ser primordialmente hombre» y saber que «la naturaleza le llama a la vida humana»⁶.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, coincidiendo con el romanticismo y el clasicismo alemán, que subrayaba la riqueza polifacética del individuo humano y las exigencias de su educación armónica e integral, apareció por primera vez el término «humanismo» (F.J. Niethammer, 1803) para defender la necesidad de las «humanidades» frente a la inspiración técnica y racionalista que se iba imponiendo en algunas escuelas.

A lo largo del siglo XX vuelven a aparecer otras formas de pensamiento como el marxismo, el existencialismo y el personalismo, reclamando para sí la visión genuina del hombre desde posiciones antagónicas. Sea como fuere, la tradición humanista ha llegado a crear un fondo patrimonial común que se podría resumir así:

1. El hombre ocupa el centro de la realidad mundana y ostenta una doble *primacía*: ontológica (la cima de la pirámide lo real) y axio-

lógica (el más alto en la jerarquía de los valores).

2. Las nociones de *sujeto y persona*, aplicadas al ser humano, son primeras y fundamentales respecto a cualquier otra de carácter ontológico o axiológico.

3. Entre el hombre y su entorno se da una ruptura esencialmente cualitativa: el ser humano es irreductible a la pura biología, *es más* que ésta.

4. Al hombre le corresponde un *valor absoluto*, no relativo. Por lo tanto, debe ser tratado siempre como fin y nunca como medio.

5. La historia es el espacio del protagonismo *libre y responsable* del hombre. Ella será lo que éste quiera que sea, lo que hará creativamente de ella.

6. La ciencia y la técnica, como productos de la creatividad humana, no son fines en sí mismos. Son *medios* para *humanizar* el mundo y la historia.

LO «HUMANO» COMO PARADIGMA DE LA ÉTICA

El legado más valioso de la tradición humanista consiste en fomentar humanidad, enriqueciendo gradualmente el patrimonio que se acaba de exponer. La historia demuestra que ése es el marco formal de la actividad específica del hombre, el horizonte que da sentido a la conducta elegida por cada uno. Es en dicho ámbito, que se podría denominar «sistema de referencia»⁸, donde surgen los criterios que definen la actuación moral:

1. El hombre debe comportarse de forma *humana* y debe ha-

⁴ Granjel LS. Humanismo y Medicina. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 1967.

⁵ Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Espasa Calpe, 1990; 110-114.

⁶ Rousseau JJ. Emilio. Madrid: Biblioteca EDAF, 1964; 29.

⁷ Ruiz de la Peña JL. Las nuevas antropologías. Santander: Editorial Sal Terrae, 1983; 204.

⁸ Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: EUEDEMA, 1989; 487-493.

cerlo incondicionalmente, es decir, en todos los casos y sin excepciones.

2. El hombre debe obrar humanamente *bien*, porque sólo la conducta buena humaniza a su autor, o sea, al sujeto de la acción.

3. La bondad de la conducta es proporcional al grado de *servicio* que preste a la dignidad de cada ser humano y a la protección de sus derechos fundamentales.

4. Lo humanamente bueno es *recíproco* entre los hombres y se va construyendo en la medida en que se tratan mutuamente de forma humanitaria.

Con otras palabras: el objetivo fundamental de la ética es que el hombre sea *humano*. Ahí reside el núcleo de toda ética humanista, pues, de un modo u otro, su camino siempre ha coincidido con y revertido en el sentido humano de la conducta. El contraste acumulado de experiencias le ha ido enseñando al hombre que hay múltiples direcciones, pero no puede eludirlas sistemáticamente, no es posible quedarse sin norte so pena de caer en un despiste generalizado. Habrá que revisar una y otra vez la vigencia de los modelos de acción, la validez de los principios y las normas de conducta, pero siempre dentro del marco de lo humano que se convierte, así, en *paradigma* de la ética. Es un mínimo que nadie puede ignorar y que posee su lógica peculiar: ponerlo en práctica para responder al ansia de felicidad o a la vivencia del sufrimiento o al absurdo de la injusticia.

Ha sido precisamente dentro de ese contexto donde nació la medicina occidental. El «arte de curar» se fue canalizando desde el principio a través de la búsqueda de lo humanamente bueno. Lo característico de la medicina hipocrática no residía sólo en el acervo de sus conocimientos científicos, sino en el planteamiento ético que llegó a hacer Hipócrates de la praxis médica. Cuando en el *Juramento* se habla de preservar la vida, evitar el sufrimiento, ser fiel a la confianza del enfermo y guardar el secreto profesional, se están estableciendo los principios éticos que configuran la profesión médica.

El espíritu humanizador de la medicina ha perdurado a lo largo del tiempo. Así lo atestigua, por ejemplo, Escríbonio Largo (siglo I d.C.), para quien el médico ha de tener «un ánimo lleno de misericordia y de humanidad... socorrer en la misma medida a todos... y no hacer daño a nadie», porque la medicina es «ciencia de sanar, no de dañar»⁹. Se podrían añadir otros muchos testimonios al respecto. Concretamente, el nuevo *Código de Ética y Deontología Médica* de España declara¹⁰: «La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana y la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico» (Art. 4.1). Y añade más adelante: «Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad científica y humana» (Art. 21.1).

ÉTICA DE LA TECNOCENCIA MÉDICA

El vocablo «tecnociencia»¹¹ es un neologismo que pone de relieve la articulación entre práctica y teoría, aplicación técnica e investigación pura. Dispone hoy de enormes recursos para averiguar *lo que se puede* hacer a fin de conseguir, evitar o simplemente cambiar el curso de los acontecimientos o su desarrollo de un modo predeterminado. Su principal objetivo es acondicionar la vida en beneficio del hombre.

Parece razonable admitir que la medicina es uno de los campos más sofisticados de la tecnociencia contemporánea. La capacidad que tiene para intervenir en los procesos de la salud y la enfermedad y, en definitiva, para introducirse e incluso invadir la biografía de las personas, era todavía impensable hace pocos años. Sin embargo, al igual que sucede con el resto de las actividades científico-técnicas, han surgido numerosas voces de alerta sobre la moralidad de los intereses a los que puede estar sirviendo.

Es misión de la ética ocuparse de averiguar el por qué y el para qué de *lo que se debe* hacer, justificando los criterios que permitan medir el sentido humano de la actividad científico-técnica. La pregunta básica se podría formular así: ¿Lo que es técnicamente posible es éticamente admisible? «¿Hasta dónde es lícito ir demasiado lejos?»¹².

A fin de conjurar el peligro de convertir todo esto en retórica vacía, es imprescindible demostrar

⁹ Kudlien F. Medical Ethics and Popular Ethics in Greece and Rome. *Clio Medica* 1970; 5: 96.

¹⁰ Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología Médica. Madrid: Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990.

¹¹ Gómez Mier V. Tecnociencia y Moral. *Moralia* 1997; 20: 9-34.

¹² Savater F. El contenido de la felicidad. Madrid: Ediciones El País/Aguilar, 1994; 141.

la «inclusión»¹³ de la ética en el campo de la tecnociencia biomédica. Las razones de mayor peso son las siguientes:

1ª) El sujeto humano está incluido en el dinamismo tecnocientífico de diferentes maneras: como *médico* portador de una ética personal y responsable de la actividad que desempeña; como *especialista* particular o miembro de un equipo de especialistas, que introduce en la praxis médica el factor de la decisión humana a la hora de elegir prioridades, seleccionar problemas y evaluar resultados; como receptor o beneficiario, es decir, como *paciente*, cuyos problemas de salud pretende resolver la medicina involucrando continuamente valoraciones éticas en las que debe participar el propio enfermo.

2ª) La tecnociencia biomédica dispone además de su propia lógica interna, porque busca el bienestar de los enfermos a través de procedimientos clínicos que incluyen o se ajustan a *principios* y *normas* de actuación. Además, la lógica médica no suele trabajar con afirmaciones categóricas sino con densidades de probabilidad: toma decisiones en espacios de incertidumbre, en situaciones arriesgadas, donde es inevitable ponderar la proporción o desproporción de los medios utilizados con cada paciente.

3ª) Finalmente, el médico, bien como individuo o bien como miembro de un equipo, no trabaja aislado de su entorno. Está constantemente referido y vinculado al proceso de construcción social. Por lo tanto, las *opciones* y los *mode-*

los vigentes de sociedad van incluidos en su actividad tecnocientífica y ésta revierte continuamente en aquéllos. La estructura de la comunidad médica refleja y recrea la estructura de la sociedad provocando un incesante intercambio, a veces conflictivo, entre los valores éticos de ambas partes.

En suma, la ética no es un apósitito de la medicina. Muy al contrario, va incluida en ella porque está indisolublemente unida a sus protagonistas y porque pone en juego el sentido humano de los medios tecnocientíficos, orientándolos hacia el bien de la persona enferma entendida como realidad única y unitaria, no como una cosificación patológica. Su tarea principal consiste en introducir la medicina por un camino de doble vertiente:

1. La **responsabilidad**¹⁴ implica la obligación de responder de algo, lleva consigo el deber de respeto, cuidado y protección, y se puede formular en el siguiente imperativo: que el hombre *viva*, que tenga vida. Formulada negativamente diría así: no es lícito atentar contra la dignidad ni la integridad de ningún ser humano o, con otras palabras, no se deben hacer apuestas de acción que pongan en peligro la vida de la humanidad presente ni futura.

2. La **humanización**¹⁵ implica el deber de orientar las acciones hacia el objetivo de la vida humanamente buena, y puede formularse en el siguiente imperativo: que el hombre *viva bien*, que haya más vida y mejor vida para todos. Su formulación negativa quedaría así: no es lícito fomentar la

opresión, la pobreza, la desigualdad y la violencia o, en otros términos, es inhumano hacer apuestas de acción que pongan en peligro los derechos fundamentales de las personas.

En resumen, «dedicar la vida a la muerte»¹⁵ supondría introducir una tremenda contradicción en el seno de la tecnociencia médica, que arrastraría consigo su propia descalificación ética por irresponsable e inhumana. La ética biomédica no depende sólo del conocimiento científico adquirido, ni de la eficacia de las técnicas utilizadas, sino del sentido humano que se les otorgue, de la dirección y finalidad que se les confiera.

EL CAUCE HUMANO DE LA BIOÉTICA

La aparición de la bioética a principios de los años setenta ha contribuido a canalizar el sentido humano de la praxis médica, desde la más sencilla y cotidiana hasta la que requiere sofisticados medios tecnocientíficos, haciéndola transcurrir entre las vertientes de la responsabilidad y la humanización: tanto el deber de cuidar la vida como el de promocionar más y mejor vida constituyen su marco o sistema de referencia.

Ahora bien, el reconocimiento del pluralismo ético, como valor constitucionalmente protegido por la sociedad actual, ha conducido a la búsqueda de acuerdos en las dos cuestiones siguientes: 1ª) establecer un mínimo lenguaje común para solucionar los dilemas éticos que se plantean en medicina, y 2ª) elaborar un método para que dicho lenguaje permita tomar deci-

¹³ Vidal M. Ética de la actividad científico-técnica. *Moralia* 1983; 5: 419-443.

¹⁴ Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Círculo de Lectores, 1994; 173-175 y 356-358.

¹⁵ Bunge M. Ética y Ciencia. Buenos Aires: Editorial Siglo Veinte, 1972; 39-40.

siones compartidas por todas las personas implicadas.

Dejando a un lado la cuestión del método, por razones obvias de espacio, conviene detenerse en el lenguaje básico de la bioética contemporánea: los principios de autonomía, beneficencia y justicia, a los que se ha añadido el de no-maleficencia por ser quizá el más antiguo en la ética médica. Aun cuando existan diferencias notables a la hora de interpretarlos^{16,17}, es necesario tener en cuenta que son interdependientes y delimitan el marco donde se toman las decisiones prácticas.

1. El principio de **no-maleficencia** obliga a no causar daño a nadie. Tiene primacía sobre todos los demás y se explicita en dos reglas: 1ª) no dañes a nadie por razones de justicia, porque todos merecen igual consideración y respeto; 2ª) no dañes innecesariamente o, empleando otros términos, haz prevalecer siempre el beneficio sobre el perjuicio por razones de beneficencia.

2. El principio de **justicia** exige tratar a todos con la misma consideración y respeto, porque todo ser humano es un valor en sí mismo y posee dignidad, no precio. Obliga a garantizar unos niveles elementales de asistencia sanitaria para toda la población, un «mínimo decente». Por tanto, comporta igualdad en el tratamiento de las situaciones que son iguales e implica desigualdad en aquellas otras que redundan en beneficio de los afectados y, particularmente, de los menos favorecidos.

3. El principio de **autonomía** obliga a respetar la libertad del enfermo y a contar con su responsabilidad, por ser él quien decide lo que es bueno para su salud. La máxima expresión de este principio es el «consentimiento informado», que ha introducido una profunda modificación en el modo de entender las relaciones médico-paciente, constituyendo un deber de aquél y un derecho de éste.

4. El principio de **beneficencia**, que procede de la más antigua tradición médica, obliga a hacer el bien al enfermo y se expresa en las siguientes normas: 1ª) haz el bien suprimiendo el mayor número de perjuicios, por razones de no-maleficencia; 2ª) haz el bien a otro siempre y cuando lo acepte de manera voluntaria e informada, por razones de autonomía; 3ª) protege especialmente la vida de las personas cuya autonomía esté disminuida, por razones de justicia.

Estos cuatro principios son vinculantes en circunstancias normales, pero no solucionan de manera automática todos los dilemas. Cuando entran en conflicto es necesario ponderar los elementos de cada caso y dejar la decisión última en manos de los directamente afectados, sabiendo que pueden aparecer problemas de conciencia muy complejos.

No obstante, el edificio de la bioética se convertirá en una moda pasajera si no incorpora con urgencia el concepto de persona entendida como *interlocutor válido*¹⁸. Este concepto, que sintetiza el reconocimiento del valor absoluto

que posee cada individuo y el respeto a su dignidad humana, lleva consigo importantes consecuencias:

1ª) Todo enfermo tiene derecho a ser escuchado cuando se toman decisiones que le afectan. Si existieran razones objetivas para sospechar lo contrario, como sería el caso de estar privado o disminuido de "competencia", el interlocutor válido será su representante legal. Y si éste no existiera prevalece la obligación de proteger su vida y su salud, por carecer de legitimidad el intento de convertirle en "medio" de cualquier intervención.

2ª) Todos los miembros del mismo círculo profesional son interlocutores válidos a la hora de buscar soluciones en casos conflictivos. Tienen derecho a justificar razonadamente su posición y están asimismo obligados a someterla a la prueba del consenso democrático, utilizando como procedimiento el diálogo racional y el respeto a la libertad de conciencia de los demás.

EL NUEVO HUMANISMO DE LA BIOÉTICA MUNDIAL

La actitud humanista de la que se ha hablado aquí está creando las bases de una bioética mundial, en consonancia con los nuevos problemas suscitados por el avance de la biología y la medicina. Hay diversas maneras de mostrar que ese nuevo camino emprendido comienza a dar resultados esperanzadores, como consecuencia de ha-

¹⁶ Pardo Caballos A. El punto de vista de las hipótesis secularistas en Bioética: Una presentación crítica. En: Polaino-Lorente A, director. Manual de Bioética General. Madrid: Ediciones Rialp, 1994; 162-175.

¹⁷ Buisan Espeleta L. Bioética y principios básicos de ética médica. En: Casado M, editora. Materiales de Bioética y Derecho. Barcelona: Editorial Cedecs, 1996; 109-122.

¹⁸ Cortina A. La persona como interlocutor válido. Virtualidad de un concepto "transformado" de persona para la bioética. En: Abel F, Cañón C, editores. La mediación de la Filosofía en la construcción de la Bioética. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1993; 145-158.

ber erigido lo humano en paradigma de la ética universal. Una de ellas consiste en examinar brevemente el llamado *Convenio Europeo de Bioética*, firmado hace pocas fechas en Oviedo (4 de abril del 97)¹⁹, cuyos aspectos más sobresalientes podrían resumirse así:

Fundamentación de las medidas adoptadas (arts. 1-4)

Se concentra en la «protección» de la dignidad e identidad de cada persona, en el «respeto» a su integridad y derechos fundamentales, y en la primacía del interés y el «bienestar del ser humano» sobre cualquier otro interés social y científico. Estos fundamentos hunden sus raíces en el humanismo occidental, condensan las exigencias de la responsabilidad y la humanización, y definen el sentido ético de la praxis biomédica.

Criterios de las aplicaciones prácticas (arts. 5-22)

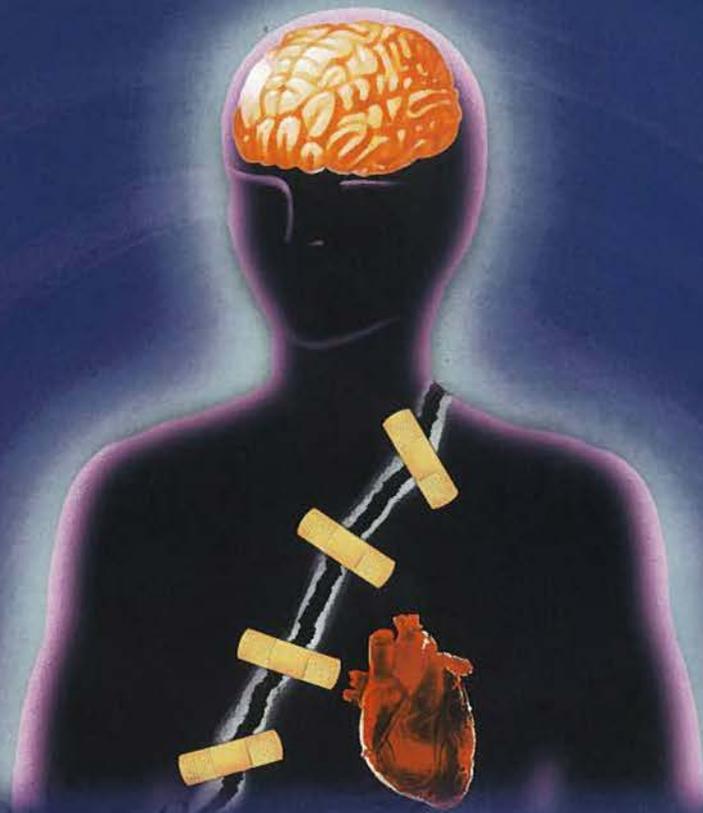
Los principales criterios que deben guiar las aplicaciones de la biología y la medicina son los siguientes: 1) las intervenciones en el ámbito de la salud han de contar siem-

pre con el permiso de la persona afectada, es decir, no podrán realizarse sin su «libre e inequívoco consentimiento» precedido de información adecuada y completa; 2) el respeto que merece la «vida privada» de las personas obliga a darles «toda la información» sobre su salud, así como a respetar la voluntad de quienes no quieren ser informados; 3) no se pueden practicar intervenciones sobre personas incapaces de consentir, salvo en «beneficio directo», y, en todo caso, es imprescindible solicitar la «autorización» de su representante o persona designada por la ley; 4) está prohibido discriminar a las personas por razones genéticas, y tampoco se puede modificar el genoma humano aunque sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos, si con ello se modifica el genoma de la descendencia; 5) no se admite el recurso a técnicas de reproducción asistida para elegir el sexo de los hijos, excepto si se trata de «evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada al sexo»; 6) la investigación científica en materia de biología y medicina «se efectuará libremente», pero sólo se

llevará a cabo sobre personas si se cumplen diversos requisitos entre los que destaca el de otorgar consentimiento «libre, explícito y consignado por escrito»; 7) la obtención de órganos y tejidos de donantes vivos sólo se puede efectuar, previo consentimiento, en «interés terapéutico» del receptor y cuando no sea posible realizarlo desde una persona fallecida; 8) tanto el cuerpo humano como sus distintas partes «no deben ser fuente de lucro» ni ser utilizadas para fines diferentes de los que se ha dado consentimiento.

En conclusión, se ha podido ver con claridad que lo humano no es una condición efímera del hombre ni un marco ficticio de la ética. Es el sistema de referencia que permite alcanzar progresivamente cotas más altas de humanidad. Empeñarse en ser humanistas engrosando el currículo universitario con «humanidades médicas» es necesario, pero no suficiente. Lo realmente decisivo es que los médicos ejerzan humanamente su profesión: que sean *humanos*. En eso consiste el humanismo médico visto desde la ética. ■

¹⁹ Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. *Diario Médico*: Viernes 4 de abril de 1997; I-VII.



$RR_1 = 1319,11 < 0,000001$
con $\chi^2 = 1319,11$

$C_3 = 1000 (1,04)^3$

$OR = \frac{4.960 \cdot 4.33}{468 \cdot 3.01}$

$\frac{C_n}{C_0} = \frac{1+i}{(1+i)^n}$

$\frac{C_n}{C_0} = 1+i$

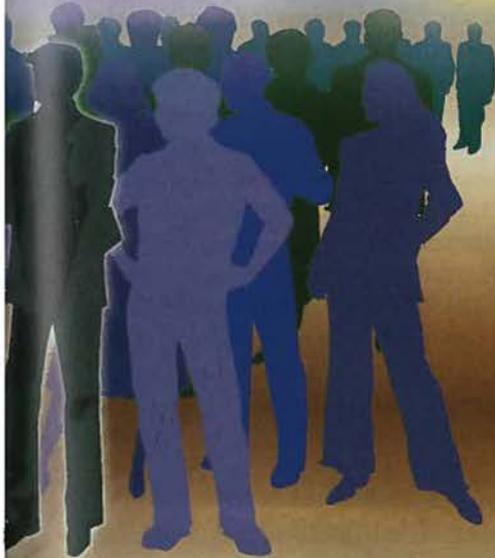
$RR_2 = 0,60$
con $\chi^2 = 95,3$

$RR_2 =$



(1000)

Modelos de salud positiva



Modelos de salud positiva para una nueva generación de profesionales de la salud: Más allá de la enfermedad.

J.L. Turabián

Hacia una cultura epidemiológica revitalizada.

L.C. Silva Aycaguer

Cerebros versus corazones: Una falsa antítesis.

J. Tudor Hart

Lo psicosocial: Un referente necesario en Atención Primaria.

E. Irazábal Martín

El arte de vivir y la salud.

E. Ander-Egg

MODELOS DE SALUD POSITIVA PARA UNA NUEVA GENERACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD: MÁS ALLÁ DE LA ENFERMEDAD

José Luis Turabián
Secretario de Redacción de HUMANA

Hay gran cantidad de datos y estudios sobre la enfermedad y sus procesos, pero no sabemos casi nada sobre la salud, sobre las personas que no enferman nunca y mueren plácidamente, mientras duermen, a los 90 años. No sabemos qué comen, cómo son sus familias, cuánto ejercicio hacen... Es decir, no sabemos nada de ellas que pueda estar asociado con su buena salud.

Conocemos comportamientos y factores de riesgo relacionados con la aparición de enfermedad, pero su ausencia no es un dato suficiente que pueda asociarse con buena salud o salud positiva. Estos comportamientos –o su ausencia: no fumar, no comer grasas...–, se llaman “sanos” sólo porque se asocian con una reducción del riesgo de enfermar, y por lo tanto deben ser vistos como derivados del concepto, es decir medidas, de salud negativa.

En realidad, sólo se han investigado algunos estilos de vida (tabaco, alcohol, ejercicio, dieta), y los resultados de examinar estos comportamientos respecto a la morbi-mortalidad, frecuentemente han sido inconsistentes o contradictorios. El mismo comportamiento puede mostrar significación estadística con cierto resultado en un estudio y no en otro, e incluso efectos en direcciones opuestas. Además, hay múltiples problemas metodológicos en este tipo de estudios epidemiológicos (altas tasas de mortalidad en subgrupos de población, variaciones entre países, aumento de mortalidad con altos valores del factor de riesgo y también con cifras bajas del mismo...), y su efecto neto es que tienden a ocultar la naturaleza multicausal de la enfermedad.

Hablar de “estilos de vida” al referirse a 4 ó 5 comportamientos es un reduccionismo. El estilo de vida es un fenómeno sociocultural que aparece por la interacción entre patrones de comportamientos y situaciones de la vida.

Pocas enfermedades han sido controladas en la población solamente en base al tratamiento biomédico. El control ha ocurrido cuando se ha interrumpido la “verdadera” cadena de circunstancias que conducen a la ocurrencia de la enfermedad. El ejemplo más espectacular (después de la reducción de la morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas antes del descubrimiento y uso de los antibióticos y vacunas) es el de la hipertensión arterial, que es la enfermedad cardiovascular más prevalente en el mundo, uno de los más poderosos responsables de la morbi-mortalidad cardiovascular y en donde se ha demostrado que la disminución de presión arterial reduce la incidencia de acci-

dente cerebro-vascular y su mortalidad. Sin embargo, la tendencia secular de la morbi-mortalidad por accidente cerebro-vascular ha mostrado una disminución desde 1940, en ambos sexos, razas, grupos de edad y áreas geográficas, siendo este descenso previo al conocimiento y uso de los fármacos hipotensores y del tratamiento trombolítico, por lo que aunque es razonable pensar que la disminución de la mortalidad por accidente cerebro-vascular es principalmente debida a la disminución de la prevalencia de hipertensión arterial en la población general, otros factores deben de existir, o ¿es la detección y tratamiento de la hipertensión arterial una circunstancia o coincidencia no relacionada con la disminución de mortalidad por accidente cerebro-vascular?. Una discusión similar podría hacerse con la hipercolesterolemia, los fármacos hipocolesterolémicos y la disminución de mortalidad por cardiopatía coronaria que comienza a ocurrir antes de la moda del colesterol.

Los factores de riesgo biomédicos se asocian a enfermedades, pero no está demostrado claramente que su modificación prevenga o reduzca la incidencia de enfermedad. Todos los factores de riesgo epidemiológico clásicos juntos explican sólo una pequeña parte de la varianza como predictores de la mortalidad por las enfermedades de las que se supone que son sus principales agentes causantes (como en la mortalidad cardíaca). Incluso, no se sabe con certeza si estos factores de riesgo clásico tienen una relación causal o si son variables producidas por otras subyacentes de naturaleza aún desconocida; por ejemplo, la clase social es un predictor de muerte por infarto agudo de mio-

cardio mejor que los factores de riesgo estándar.

Sin embargo, el enfoque de "factores de riesgo" (tabaco, alcohol, colesterol, hipertensión arterial...) y de enfermedad, sigue dominando la atención de la medicina y la epidemiología contemporánea.

La salud no es un producto de los servicios médicos o de la industria médica. La salud positiva no es la ausencia de enfermedad, y puede lograrse mediante el trabajo gratificante, el aire puro, la comida sana, el amor, la vivienda saludable, la alegría, las relaciones sociales, la solidaridad, la literatura, la música, el estar sentados al sol mirando hacia el horizonte, el ser libres.

El bienestar psicológico, el potencial cognitivo, la autonomía, las habilidades de afrontamiento, la autoestima, las habilidades de relaciones interpersonales, el bienestar espiritual, la participación, las redes sociales, el apoyo social, los factores socioeconómicos y materiales, la estructura social, los factores medioambientales, los recursos personales para la salud, la imagen corporal, el ajuste psicológico, las habilidades de cooperar y adaptarse al estrés, el locus de control, la autoeficacia, la identidad, el sentido de compromiso, cohesión y control, la estabilidad cultural, la religión, la filosofía, el arte, los factores genéticos y constitucionales, el tener un sentido en la vida, la gratificación personal, la creatividad, el optimismo, el "empowerment" (poder, control, capacidad, capacitación), la motivación (deseos, voluntad), la autorresponsabilidad, el pensamiento positivo, las experiencias sociales, las experiencias con personas significativas, la interacción grupal, el éxito... ¿son atributos o indicadores de buena salud?, ¿se relacionan con comportamientos saludables que promueven o contribuyen a la salud positiva?, ¿cómo afectan a procesos biológicos básicos, como actividad cerebral, función endocrina, reacciones inmunitarias...?, ¿exis-

te un planteamiento de interacciones generales entre variables biomédicas y sociológicas en un marco de integración sistémica y de relaciones de intercambio?, ¿está obsoleta la cadena epidemiológica clásica de agente-medio ambiente-huésped?, ¿cuáles son las raíces causales de la buena salud y la salud positiva?.

... ES CONOCIDO POR LOS MÉDICOS DE FAMILIA EL HECHO DE QUE LOS ENFERMOS FALLECEN EN MUCHAS OCASIONES "CUANDO QUIEREN", CUANDO HAN RESUELTO ASUNTOS PENDIENTES, CUANDO DEJA DE TENER SENTIDO SU VIDA ...

Es un hecho admitido, y que se experimenta en el día a día de la práctica sanitaria, el que muchos pacientes están enfermos, pero a la vez están sanos (salud positiva: capacidad, bienestar...). También es conocido por los médicos de familia el hecho de que los enfermos fallecen en muchas ocasiones "cuando quieren", cuando han resuelto asuntos pendientes, cuando deja de tener sentido su vida. La pérdida biomédica de la función orgánica no es necesariamente igual a la incapacidad de adaptación y el vivir normalmente.

La salud positiva es diferente a la salud biomédica. Salud positiva como capacidad de posesión o apropiación por parte del ser humano de su propio cuerpo. La capacidad de integrarlo en el proyecto autónomo de vida que cada uno se ha forjado.

¿La salud depende de estructuras externas e internas que posibilitan la plena utilización de todos los recursos?, ¿el problema de la salud no es un problema biológico sino social?, ¿hemos sido mal educados respecto a la superioridad de las explicaciones biomédicas orientadas a la enfermedad y los determinantes de la enfermedad, en detrimento de los factores sociales?.

El punto de vista dominante es que la muerte prematura se debe a cáncer y enfermedad cardíaca, mientras que

casi no se tiene en cuenta la visión alternativa de que las principales causas de muerte son la falta de apoyo social, la mala educación y la privación económica. A causa de esta visión dominante, grandes cantidades de dinero se dirigen al desarrollo tecnológico, aunque sólo consiguen resultados modestos, y sin embargo haría falta una investiga-

ción para valorar la efectividad del sistema de cuidados existente y las influencias no médicas en la salud.

La orientación biomédica de la medicina suele pensar que es lo único en el mundo. Olvidamos que las tradiciones, fuerzas políticas y culturales, recursos personales... influyen en la salud, así como el papel del médico y la forma en cómo lo practicamos. Incluso en la visión sociológica de la salud, subyace la idea de que todo tiene una causa externa al individuo, que es manipulable, curable, lo que es otra forma de reduccionismo.

En la comunidad científica se consolida la evidencia de que se están alcanzando unos ciertos límites en la capacidad de respuesta de la medicina a las necesidades de salud de los pacientes, lo que puede deberse al concepto de salud y sus determinantes que dominan en los sistemas sanitarios, centrados en la interpretación biológica de la enfermedad, y que no proporcionan remedios para los determinantes de salud no biológicos tales como pobreza, estrés, apoyo social y autoestima, siendo urgente investigar otros caminos de producción alternativa de servicios de salud.

¿Cómo puede construirse en la práctica diaria de la medicina, especialmente de la medicina de familia y comunitaria y de la Atención Primaria, un enfoque positivo de la asistencia sanitaria?.

... ¿CÓMO PUEDEN DEFINIRSE Y EJECUTARSE ESTRATEGIAS PARA QUE LA SALUD VUELVA A LA VIDA COTIDIANA, QUE BROTE DE ESA VIDA COTIDIANA? ...

Un enfoque que permita que el profesional sanitario se centre en los "puntos fuertes" del individuo/paciente, en vez de en los débiles y factores de riesgo, para ayudar a que se adopte un plan positivo ante las dificultades de la gente, que les permita restaurar el sentido de sus vidas, que les haga sentirse capaces de solventar las dificultades. ¿Cómo pueden definirse y ejecutarse estrategias para que la salud vuelva a la vida cotidiana, que brote de esa vida cotidiana?

En este número de HUMANA cuatro expertos conocidos internacionalmente, a los que se les pidió su enfoque ante estos interrogantes, muestran sus ideas y experiencias. Se podría haber pedido colaboración a otros autores, y discutir otros puntos de vista, pero los autores elegidos están entre las personas más cualificadas en cada uno de sus campos.

¿Epidemiología de la salud?, ¿modelos de salud positiva?... Ni siquiera hay palabras fáciles para nombrar el concepto sobre el que pedimos a los autores de este Tema Central de HUMANA que escribieran. ¡No sabemos aún como llamar al atisbo de nuevo paradigma!. Parece todavía innombrable. Pero se siente que existe y emerge con una presencia mayor que lo nombrable.

Luis Carlos Silva, matemático (y por lo tanto, "filósofo") y epidemiólogo cuba-

no, que es actualmente investigador en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, y muy conocido en nuestro país por sus cursos, publicaciones y libros, presenta y demuestra, usando ejemplos espléndidos muy cercanos al trabajo cotidiano de los médicos de familia, cómo debe comenzarse a construir una epidemiología renovada, creativa, crítica e interdisciplinaria.

Julian Tudor Hart, médico general inglés jubilado actualmente, que desarrolló gran parte de su vida profesional en el pueblo minero de Glyncoirwg, en el sur del País de Gales, investigador, profesor visitante en numeros países, comprometido social y profesionalmente, y modelo de muchos médicos de familia españoles, a partir de sus cursos, ponencias y publicaciones, especialmente de las referidas al control comunitario de la hipertensión arterial y diferentes aspectos de la medicina social, nos expone en un brillante texto, el enfrentamiento entre el "Doctor Corazón y el Doctor Cerebro" en un contexto de mercado sanitario.

Emilio Irazábal, psicólogo social y terapeuta grupal, que es uno de los miembros más relevantes de su área de conocimiento y práctica en nuestro país, así como miembro del Consejo de Dirección de la "Revista Area 3" (Cuadernos de temas grupales e institucionales), nos muestra sus muy interesantes experien-

cias de trabajo grupal en una área de salud de Madrid, relacionadas con orientación familiar, pacientes diabéticos y cuidadores de enfermos, proponiéndonos desde estos encuadres un modelo psicosocial factible y útil de salud positiva.

Por último, el sociólogo, economista, politólogo, planificador y "militante de causas perdidas" (ecologistas, feministas, defensores de los derechos humanos, pacifistas...), de origen argentino aunque en la actualidad trabaja gran parte de su tiempo en nuestro país, Ezequiel Ander-Egg, que ha publicado un centenar de libros, muchos de los cuales son referencias obligadas, en relación a trabajo social, sociología, planificación, y ciencias sociales en general, y actualmente Director de la Editorial argentina Lumen Hvmánitas, nos presenta, partiendo de un marco general de salud positiva, su propio experimento personal de búsqueda del aprender a vivir. Su experimento para una vida larga y plena... hasta los 120 años, que realiza en base a entrevistas con personas que han vivido muchos y productivos años, estudiando y viviendo las diferentes formas de medicina alternativa, la sabiduría china e hindú, y el cerebro según la orientación de Edgar Morín, centrándose en el problema del conocimiento.

Teniendo en cuenta que la conducta creativa es un indicador de salud, es evidente que los autores de este Tema Central, y los lectores del mismo en HUMANA, tienen una buena salud, y que hay modelos emergentes de salud positiva para una nueva generación de profesionales de la salud. ■

salud positiva

HACIA UNA CULTURA EPIDEMIOLÓGICA REVITALIZADA

Luis Carlos Silva Ayçaguer, PhD

Investigador Titular. Vicerrectoría de Investigaciones y Posgrado. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba

De hecho, ya resulta imposible desconocer los primeros e inquietantes síntomas de la crisis que vive la epidemiología analítica observacional tal y como se ha venido practicando en los últimos lustros. En un incisivo trabajo publicado por la prestigiosa revista *Science*, se desarrolla un discurso crítico vertebrado a partir de las propias declaraciones, tomadas de aquí y allá, procedentes de figuras tan emblemáticas de la epidemiología actual como Greenland, Sackett, Rothman, McMahon, Breslow, Feinstein y Peto, donde los propios protagonistas van aportando indicios de la desazón que merodea por sus predios metodológicos¹.

Expresado resumidamente, el síntoma esencial es claro e indiscutible: los resultados alcanzados por esta disciplina en la explicación de mecanismos causales han sido notoriamente modestos, máxime si se toman en consideración el tiempo y los recursos empleados; tras cuatro décadas de intensos y costosos estudios orientados a esclarecer la etiología de las más importantes dolencias que aquejan al mundo desarrollado, los dividendos son decepcionantes.

Sin embargo, este artículo de *Science* no es el primero ni el único reflejo de la insatisfacción que aflora en este terreno. Syme, en el contexto de un penetrante reclamo que nos urge a producir lo que denomina «una epidemiología más relevante», expresaba²:

“Hoy en día, casi ninguna investigación epidemiológica explica con éxito, ni siquiera de una manera satisfactoria, la aparición de las enfermedades que estudiamos. Los éxitos con que contamos responden, casi invariablemente, al modelo de causalidad antiguo.”

Lo cierto es que hasta los factores o conductas cuyo carácter de riesgo ha sido más claramente corroborado (hábito de fumar, consumo de grasas saturadas, sedentarismo, etc.) son marcadamente insensibles, ya que la mayoría de los enfermos no estaban aquejados por ellos a la vez que poseen muy escaso valor predictivo, pues la inmensa mayoría de los que tienen tales factores nunca llegan a desarrollar la enfermedad.

Los resultados del *Pooling Project Research Group*³, que consolidó los hallazgos de seis grandes estudios sobre cardiopatías, confirman claramente esta doble afirmación. Por una parte, cerca del 10% de los más de 7.000 individuos estudiados eran a la vez fumadores, hipercolesterolémicos e hipertensos; de estos sujetos “de alto riesgo”, sólo el 13% sufrió un ataque cardíaco a lo largo del siguiente decenio. Por otra parte, la inmensa mayoría de los infartados en ese lapso había estado libre de tales factores en el decenio precedente.

A partir de esta realidad, el debate relevante gira en torno a cuáles son los límites epistemológicos de una disciplina que, como la meteorología o la demo-

grafía, generalmente no puede acudir al recurso experimental y de la que podríamos quizás estar esperando más de lo que puede aportar⁴.

La situación ha llegado a tal extremo que actualmente no es extraño hallar afirmaciones como las que en tono irrito se escribían muy recientemente en la páginas del *Journal of Clinical Epidemiology*. Allí se lee, por ejemplo⁵:

“La epidemiología cada día se considera más a sí misma como una disciplina autónoma con sus propios patrones intelectuales para encontrar demostraciones (...) a pesar de que está sistemáticamente incapacitada para resolver debates concernientes a los mecanismos causales.”

La realidad, afortunadamente, no es exactamente esa. A la vez que, ciertamente, se hacen más obvias y reconocidas las limitaciones de la epidemiología en su cauce actual, es incorrecto atribuir tal esterilidad a la disciplina como tal. Sus fracasos relativos no cancelan la posibilidad de que el enfoque epidemiológico pueda hacer contribuciones, aunque sean muchas veces parciales, a la explicación de los fenómenos, del mismo modo que sus éxitos históricos no pueden validar la sublimación de sus posibilidades, menos aún si no se trasciende el acomodamiento metodológico que hoy se observa. De hecho, como veremos más adelante, se van creando alternativas, proponiendo rectificaciones, y abriendo avenidas novedosas.

No obstante, sobran motivos para diagnosticar que hay algo enfermo en la práctica epidemiológica contemporánea y, por ende, en los mensajes sanitarios que ha producido, en especial de aquellos dirigidos a la Atención Primaria y al

trabajo del médico de familia. McKinlay⁶ llega a describirla del modo siguiente:

“Lo que actualmente se considera epidemiología establecida se caracteriza por: reduccionismo biofisiológico, absorción por la biomedicina, ausencia de una verdadera teoría sobre las causas de la enfermedad, pensamiento dicotómico sobre la enfermedad (cada persona está enferma o está sana), amasijo de factores de riesgo, confusión entre asociaciones observacionales y causalidad, dogmatismo acerca de cuáles son los diseños aceptables y excesiva repetición de estudios.”

Diversos son los aspectos que, a la luz de estas realidades, reclaman enmienda. Los problemas fundamentales que determinan una cultura epidemiológica deformada y en los cuales habremos de concentrarnos en las siguientes secciones son:

- Empleo escaso o nulo del método experimental.
- Desdén hacia la investigación descriptiva y ecológica.
- Sumisión al análisis que se verifica a nivel individual y consecuente desprecio hacia el enfoque socioambiental.
- Sublimación y aplicación adocenada de la estadística como sucedáneo de la reflexión crítica.

EL ENFOQUE EXPERIMENTAL Y SUS ALTERNATIVAS

Desde su aparición en el siglo XVI con Galileo, el experimento ha constituido un recurso cardinal para el avance de la ciencia. Aquellas disciplinas que lo han empleado con mayor intensidad y consecuencia son, sin duda, las que han conseguido resultados más concluyentes. Puesto que la investigación socioepidemiológica experimental está constreñida por notables barreras éticas y prácticas, los recursos metodológicos para conjurar, o al menos mitigar, los efectos de tales barreras adquieren máximas importancia y actualidad. Sin embargo, resulta inaceptable descartar resig-

nadamente y de antemano dicho recurso; el experimento siempre ha sido un acto creativo, de manera que se torna castradora la tendencia actual a dar por sentado que no podemos aplicarlo.

... EL EXPERIMENTO SIEMPRE HA SIDO UN ACTO CREATIVO, DE MANERA QUE SE TORNA CASTRADORA LA TENDENCIA ACTUAL A DAR POR SENTADO QUE NO PODEMOS APLICARLO ...

El debate acerca de la utilidad de los estudios no experimentales para demostrar por sí solos relaciones de causalidad ha cobrado especial intensidad en los últimos años. Aunque nadie llega a afirmar categóricamente que puedan ser suficientes, es obvio que a muchos les cuesta trabajo desprenderse de esta ilusión. Quizás por ello no faltan voces muy vehementes⁷ desvalorizando la potencialidad probatoria de los estudios observacionales.

El pensamiento epidemiológico predominante, sin embargo, defiende que los esfuerzos de investigación que suplen la experimentación con observación (en especial estudios de casos y controles) son, a pesar de todo, de gran utilidad explicativa. Personalmente comparto esta apreciación, puesto que es cierto que, como mínimo, contribuyen a dar aval a las conjeturas causales, pero con varios motivos para la inquietud. En primer lugar, temo que la exaltación de los estudios observacionales contribuya a consolidar la convicción de que no hay más remedio que acomodarse y renunciar al experimento; en segundo lugar, corremos el riesgo de que la avalancha de estudios de casos y controles abone la falsa concepción, que se aborda más adelante, de que las explicaciones etiológicas están necesariamente colocadas al nivel del sujeto que padece las dolencias.

La experimentación constituye un paso de importancia cardinal, demarcatorio entre los estudios que hacen aportes concluyentes en materia de causalidad y los que se reducen a sugerirlos.

No en balde, uno de los recursos típicos de la pseudociencia es eludirlos. Pero cuando en una etapa del proceso la corroboración experimental no está en manos del investigador, entonces éste ha

de empezar por reconocer el alcance limitado de sus posibilidades; sin embargo, dentro de ese marco, debe explotar al máximo los recursos disponibles, en especial las herramientas integradoras que permitan exámenes holísticos y no reduccionistas del fenómeno estudiado. Esto nos remite a un examen más estrecho del papel de la investigación descriptiva y de los estudios ecológicos.

REIVINDICACIÓN DE LA DESCRIPCIÓN Y LOS ESTUDIOS ECOLÓGICOS: HACIA UN NUEVO PARADIGMA

Los estudios descriptivos junto a los ecológicos comparten la “mala fama” de no servir como recurso para el estudio de la causalidad, e incluso hasta de no servir para nada. Es urgente no sólo reivindicar la legitimidad de ambos sino subrayar la necesidad imperiosa de revitalizar su presencia en la investigación actual.

Ocasionalmente, hay quien se pregunta incluso si una indagación *descriptiva* puede considerarse realmente una *investigación* o si, para merecer tal denominación, ha de explicar la realidad o descubrir por qué es como es. Quizás esa duda provenga de la cuantiosa producción —presente sobre todo en círculos científicos de mediano nivel— de indagaciones que pasan por descriptivas aunque en realidad son meramente *contemplativas*, que es algo muy diferente. Mientras la genuina investigación descriptiva se caracteriza por su vocación valorativa de la realidad y su afán de

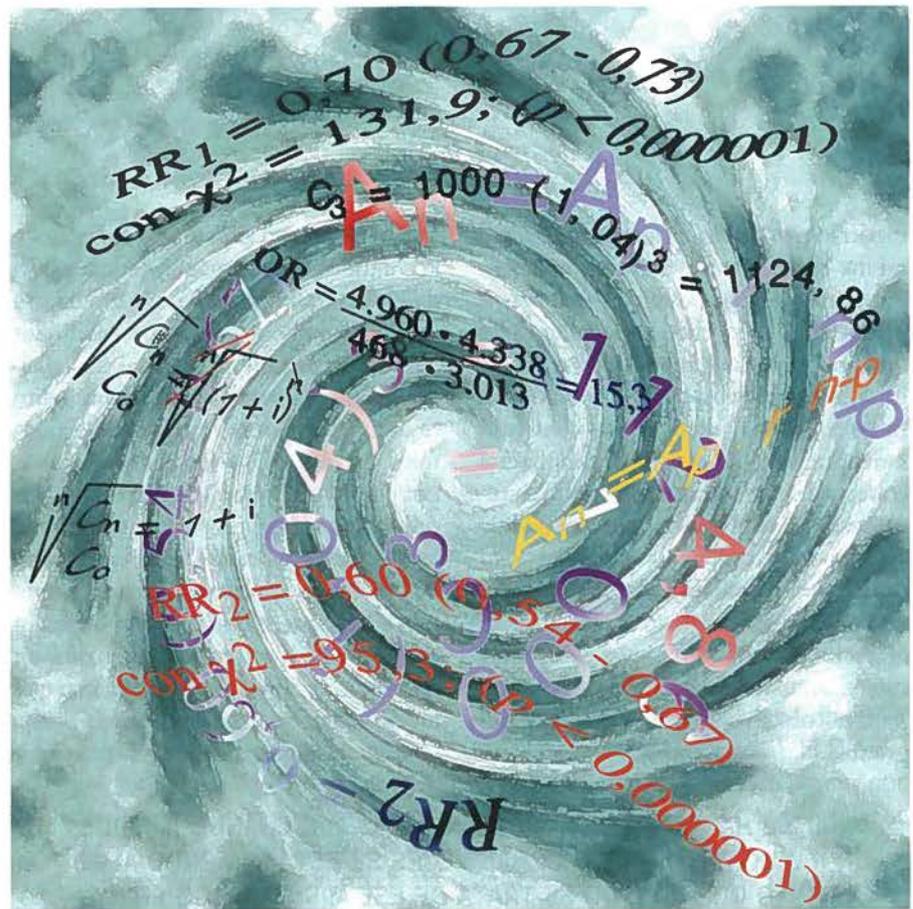
generar hipótesis explicativas, estos opacos ejercicios de contemplación se distinguen por el empleo acrítico y plano de la estadística descriptiva, que termina por condenarlos a la intrascendencia.

La comprensión del proceso de investigación como un todo complejo e integrado ha de inclinarnos a evitar parcelamientos formalistas como el de separar las investigaciones descriptivas de las explicativas. En un sentido amplio, la investigación *siempre* tiene finalidad explicativa, del mismo modo que *siempre* se propone, directa o indirectamente, dar elementos para mejorar el estado de salud de la población. No sería posible desarrollar investigaciones analíticas realmente fecundas si no se contara con el conocimiento del que se nutren las hipótesis que ellas evalúan; usualmente tal respaldo empírico, o procede de la descripción, o se consolida con ella. De modo que si bien la descripción no constituye un procedimiento explicativo *per se*, es una forma de investigación biomédica a la vez legítima y necesaria. Tanto es así que Greenland llega a afirmar que “la primera tarea del epidemiólogo es descriptiva”⁸.

... LOS ESTUDIOS DESCRIPTIVOS JUNTO A LOS ECOLÓGICOS COMPARTEN LA “MALA FAMA” DE NO SERVIR COMO RECURSO PARA EL ESTUDIO DE LA CAUSALIDAD, E INCLUSO HASTA DE NO SERVIR PARA NADA ...

Desde luego, la generación de hipótesis nunca podrá ser algoritmizada en el sentido de que pueda ser encarada por un ordenador al que se ha provisto de muchos datos; para conformar hipótesis es imprescindible el concurso de una cultura científica integral y una creatividad que están reservadas a los seres humanos; Hempel decía⁹:

“No hay reglas de aplicabilidad general para inferir hipótesis o teorías a partir de las observaciones. Esta transición demanda imaginación; las hipótesis y teorías no se derivan de los hechos obser-



vados sino que se inventan para explicarlos.”

Otro aspecto lastrado por una secuencia de malentendidos, se relaciona con los llamados *estudios ecológicos*: aquellos en que las mediciones, tanto de

factores condicionantes como de daños, se verifican a nivel de grupos o agregados poblacionales y no al de los sujetos que portan dichos factores o sufren los daños. Con el tiempo, su presencia ha disminuido marcadamente en la investigación epidemiológica contemporánea.

Ello se debe en parte al temor que despierta la “falacia ecológica”, descrita por primera vez hace casi medio siglo¹⁰: el hecho de que una asociación que se produce entre grupos de sujetos pudiera no regir cuando las variables se miden a nivel de los individuos. El riesgo de

incurrir en esa falacia es real pero, ¿porqué dar por sentado que en el fondo siempre se quiere elucidar el problema a nivel individual?. Tal presupuesto cancela de antemano la posibilidad de centrar la discusión, precisamente, en un marco social o familiar. Pero el desdén hacia los estudios ecológicos se debe también en parte a prejuicios injustificados¹¹; tanto es así que estos estudios han llegado a conceptualizarse sólo como sucedáneos –como un mal menor– de aquéllos en que las unidades de análisis son los individuos, a pesar de que, como recuerda Susser^{12,13}, constituyen una herramienta de la salud pública con su propio peso específico y de haber producido conocimiento aún enteramente vigente después de muchos años.

El más arraigado y pernicioso de tales prejuicios es el postulado de que las variables medidas a nivel de grupos no representan agentes causales de enfermedad. Hasta la expresión “variable medida a nivel de grupo” es tendenciosa, pues parece excluir *a priori* del análisis aquellas variables que sólo pueden

medirse a ese nivel por ser intrínsecamente concernientes a una agrupación. Sin embargo, por poner un solo ejemplo, cualquier médico de familia, sabe que un individuo que vive en una familia desestructurada, en cuyo seno se verifican tensiones graves, suele no ser un individuo sano en el sentido amplio del concepto salud, e incluso aunque miráramos la enfermedad como mera desviación de la fisiología normal del sujeto. El ejemplo ilustra el posible papel etiológico de un rasgo grupal y también el hecho de que tal rasgo (desestructuración en este caso) sólo tiene sentido para el colectivo y nunca para sus integrantes.

... SE HA PERDIDO DE VISTA INCLUSO QUE CUANDO SE MIDE UN RASGO INDIVIDUAL MUCHAS VECES SE ESTÁ MIDIENDO ALGO DISTINTO QUE CUANDO SE TRATA DE ESE MISMO RASGO PERO MIRADO A NIVEL COLECTIVO ...

Quizás la más emblemática declaración que refleja hasta dónde ha llegado la contracción de la epidemiología al nivel individual de análisis sea la que hizo Keneth Rothman cuando escribió que "la clase social no se relaciona causalmente con ninguna o casi ninguna enfermedad"¹⁴. Para dar sólo un elemento persuasivo en dirección contraria, bastaría detenerse en algunos de los numerosos trabajos que ponen en evidencia la notable persistencia a lo largo de decenas de años de un marcado gradiente de la esperanza de vida y de otros indicadores de salud entre estratos socio-económicos^{15,16}.

En lo que constituye una corriente de pensamiento científico acorde con la insistente convocatoria actual al individualismo, se ha perdido de vista incluso que cuando se mide un rasgo individual muchas veces se está midiendo algo distinto que cuando se trata de ese mismo rasgo pero mirado a nivel colectivo.

Por ejemplo, el concepto de *pobreza* referido a un sujeto no es el mismo

que el que corresponde a la *pobreza* de la comunidad en la que vive; quien reside en una comunidad empobrecida se verá inexorablemente afectado por todos los condicionamientos globales derivados de esa pobreza, independientemente de cuál sea su personal nivel económico. La categoría *ocupación*, pongamos por caso, tiene una dimensión ecológica que los estudios al nivel del individuo suelen pasar por alto. Un maestro en un ambiente urbano marginal no está sometido a las mismas restricciones o tensiones que uno que se desempeña en un entorno urbano saludable o que uno que lo hace en un medio rural empobrecido; no es lo mismo *ser maestro* en uno y otro

sitio. Hasta la mismísima variable que mide si un sujeto es o no desocupado habría que considerarla con cautela, ya que "tener trabajo" no es una condición uniforme. Galbraight señalaba que "No hay mayor espejismo en la actualidad, mayor fraude incluso, que el uso del mismo término *trabajo* para designar lo que para algunos es monótono, doloroso y socialmente degradante y para otros placentero, socialmente prestigioso y económicamente provechoso"¹⁷.

Si en un estudio, por ejemplo, se demostrara que la presencia de niños con bajo peso al nacer es más frecuente en las comunidades con alto nivel de desempleo que en las que lo tienen bajo, entonces la afirmación no puede trasladarse automáticamente al nivel de los sujetos (es decir, tal vez no pueda concluirse que los hijos de los desempleados nazcan con bajo peso con mayor frecuencia que los de los que no lo están), so pena de incurrir en la falacia ecológica. Pero lo importante es que *tal vez no haya ningún interés en hacer ese tras-*

lado; quizás el interés esté directamente orientado a evaluar el efecto de ese indicador sobre *todos* los residentes de la comunidad, tengan o no vinculación laboral remunerada.

Los rasgos generales pueden y suelen tener impactos globales sobre todos los sujetos abarcados por ellos; pero esto es así no sólo en el sentido en que opera sobre la gente, digamos, la contaminación ambiental (que no distingue entre unos y otros individuos y los afecta con independencia de sus hábitos y de las prácticas que adopten), sino que tales factores globales frecuentemente influyen en las conductas individuales. Por ejemplo, la práctica de fumar es una *acción* individual, pero, como ya se ha hecho notar¹⁸, a veces es algo tan fuertemente condicionado por circunstancias sociales que no constituye una *elección* individual. Del mismo modo, un sistema de valores moralmente opresivo o altamente competitivo puede tener tanta o más relevancia en materia de suicidios o del ejercicio de la violencia que la que puede atribuirse a los rasgos de personalidad de los agresores o de los sujetos que intentan suicidarse.

Consideraciones similares pueden hacerse sobre los efectos de "variables ecológicas" tales como regulaciones jurídicas, formas de organización laboral, valores religiosos predominantes, grado de desigualdad, etc.

A pesar de todo lo anterior, lo socio-ambiental ha quedado en un segundo plano (o tercero, o simplemente nulo) en la investigación epidemiológica contemporánea; tal fenómeno se produce en virtud de una marcada sumisión acrítica o inercial al paradigma que establece que las causas han de buscarse al mismo nivel en que se produce el problema. Los estudios ecológicos deben recuperar su espacio original y complementar los restantes recursos de que disponemos, así como asumir el debido protagonismo cuando la naturaleza de la investigación lo aconseje.

En síntesis, puesto que la búsqueda de factores etiológicos ubicados al nivel del individuo ha resultado ser tan poco fructuosa, y dado que no quedan dudas de que existen factores colectivos cuyo valor etiológico puede ser crucial, eludir el examen de los problemas en su dimensión socioepidemiológica resulta absurdo.

Una vertiente^{19,20} enteramente compatible con el afán integrador arriba mencionado, se orienta hacia el establecimiento de un nuevo paradigma y una nueva manera de ver las cosas. Pearce la sintetiza con transparencia²¹:

“La epidemiología está inevitablemente imbricada en la sociedad, y no es ni factible ni deseable estudiar las causas de la enfermedad en abstracto. Para entender esas causas en una población es esencial entender su contexto social e histórico, así como reconocer la importancia de los conocimientos locales en lugar de buscar solamente relaciones universales. Esto requiere un mayor involucramiento de las ciencias sociales y un enfoque multidisciplinario. La epidemiología aporta uno de los enfoques para identificar los determinantes de la salud en una población y debe complementarse con otros recursos cuantitativos de las ciencias sociales, así como con estudios cualitativos e históricos. El énfasis debe ponerse en usar una metodología adecuada y no en procurar que el problema se ajuste a las metodologías.”

Al perder de vista la dimensión social se consolida la práctica criticada con especial lucidez por Berlinger²² de “culpabilizar a la víctima”. Por otra parte, los factores sociales podrían alterarse con tanto o más éxito que el alcanzado por los programas que se proponen modificar conductas individuales y conseguir, por tanto, efectos mucho mayores, como se ha fundamentado ya desde la década pasada².

Muchos programas preventivos que se apoyan en trabajos de corte epidemiológico se basan en la exaltación de for-

mas de vida orientadas a superar el origen supuesto de ciertos males y precaven contra algunas prácticas o condiciones que se asocian a la esfera de la conducta (colesterol, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, etc.); pero resulta irónico sobredimensionar su importancia mientras se mantienen, por ejemplo, ambientes insalubres y espacios contaminados, restricciones objetivas para realizar ejercicios, presiones publicitarias en materia alimenticia y muchos otros condicionamientos sociales de signo contrario.

Ha de reconocerse que estas nuevas líneas de pensamiento aún esperan por aportes más concretos y operativos, pero ya se aprecian resultados interesantes en esta dirección; tal es el caso de un libro llamado a tener, en mi opinión, gran trascendencia estratégica en el propósito de reestructurar nuestra distorsionada perspectiva actual; se trata del volumen titulado. *¿Por qué alguna gente enferma y otros no?*²³ de un colectivo de autores canadienses, cuya lectura recomiendo a todo médico de familia.

... EL MÁS BURDO DE LOS ERRORES QUE SE COMETEN EN NOMBRE DE LA “TEORÍA DE RIESGOS” CONSISTE EN OLVIDARSE DE LAS TASAS Y CONSIDERAR EL HECHO DE QUE ALGÚN FACTOR SE PRESENTE CON ALTA FRECUENCIA ENTRE LOS QUE SUFREN UNA DOLENCIA COMO INDICIO (Y, EN CASOS EXTREMOS, COMO PRUEBA) DE QUE DICHO FACTOR ENTRAÑA UN RIESGO DE PADECERLA ...

EL CULTO A LOS FACTORES DE RIESGO

El concepto de *riesgo* en su sentido epidemiológico ha dado lugar a una vasta producción teórica y práctica, pero también a no pocas confusiones y falacias.

En lo que sigue, nuestro interés se concentrará sobre todo en la interpretación mecánica que suele hacerse de los resultados obtenidos en estudios observacionales. Aparte del ocasional manejo incorrecto del concepto de riesgo propiamente (y de nociones conexas como

la de *factor de riesgo*), muchas interpretaciones reposan en la aplicación mimética de herramientas estadísticas que se manejan como si pudieran suplir el pensamiento creativo y la reinterpretación cualitativa de los resultados.

Las herramientas básicas (y emblemáticas) para medir el riesgo son *las tasas*, sean de prevalencia o de incidencia. Típicamente se construyen mediante la razón entre el número de individuos que padecen un daño dado (enfermos, muertos, accidentados, etc.) como numerador, y alguna medida del grado de exposición (número de sujetos susceptibles de ser afectados, años acumulados de exposición, número total de kilómetros recorridos, etc.) como denominador.

El más burdo de los errores que se cometen en nombre de la “teoría de riesgos” consiste en olvidarse de las tasas y considerar el hecho de que algún factor se presente con alta frecuencia entre los que sufren una dolencia como indicio (y, en casos extremos, como prueba) de que dicho factor entraña un riesgo de pade-

cerla. Esta expresión de incultura estadística se viene cometiendo desde hace décadas y, aunque la frecuencia de su aparición es decreciente, no parece por ahora dispuesto a hacer mutis definitivo.

Por ejemplo, en el contexto de un interesante e incisivo discurso contra las prácticas preventivistas contemporáneas, Skrabanek²⁴ suscribe una opinión tomada de *British Medical Journal*²⁵ según la cual la exigencia de que los conductores de motos usen cascos es una medida inútil, salvo para conferir a las víctimas la responsabilidad por los daños,

ya que: “se producen más heridas en la cabeza en automovilistas y peatones que entre motociclistas y, si hubiera un verdadero interés por defender a los ciudadanos, se extendería la prohibición a todos ellos”. Obviamente, tal regulación no se ha basado en que sus promotores tengan un obsesivo y oculto odio hacia los motociclistas y se empeñen en hostigarlos con una exigencia estéril. No es difícil suponer que ella dimana de que *la tasa* de mortalidad por trauma craneal (no *el número* de accidentados) es mucho mayor entre los que se accidentan mientras transitan en una moto que entre los peatones y automovilistas que se accidentan mientras se desempeñan como tales.

Pero más allá de este tipo de pifias, la teoría “oficial” de factores individuales de riesgo ha alcanzado un desarrollo desaforado; los artículos que concentran su atención en ellos pueblan las revistas médicas como hongos después de la lluvia.

Piédrola y cols. definen un factor de riesgo como aquel “factor endógeno o exógeno, que puede ser controlado, precede al comienzo de la enfermedad, está asociado a un incremento de la probabilidad de incidencia de una enfermedad y tiene responsabilidad en su producción”²⁶. Este último componente de la definición suele pasarse por alto y muchos investigadores se concentran en

... “LA CIENCIA SE CONSTRUYE CON HECHOS, DEL MISMO MODO QUE UN EDIFICIO SE HACE CON LADRILLOS; PERO HACER PASAR UNA COLECCIÓN DE HECHOS COMO CIENCIA ES COMO ATRIBUIR A UN MONTÓN DE LADRILLOS LA CONDICIÓN DE EDIFICIO” ...

los recursos para cuantificar la asociación. El grado en que ésta se verifica se puede medir de diversas maneras: diferencia de tasas, riesgo relativo, odds ratios, tasas proporcionales de mortalidad y coeficientes estandarizados de regresión, entre otras. Así, se advierte

TABLA I. Distribución de sujetos según hubiesen sido fumadores o no y según aparición de la dolencia.

	Enfermos	Sanos	Total
Fumadores	3.729	3.632	7.361
No fumadores	1.508	3.920	5.428

una desenfrenada y en cierto sentido ingenua producción de trabajos observacionales –estudios de casos y controles en particular– destinados a la identificación de tales asociaciones.

Además de que dichos esfuerzos nunca darán respuestas definitivas, lo cierto es que se trata de una práctica que pudiera estar generando más confusión que esclarecimiento. Dando aislados palos de ciego –es decir, sin hipótesis de causalidad bien fundamentadas que estén, además, social e históricamente contextualizadas– sólo se logra en el mejor de los casos desarrollar un acto de especulación estéril, y en ocasiones peor que estéril, contraproducente, porque nos sustrae de un enfoque integral, nos preconditiona a la búsqueda de elementos incapaces de ofrecer explicaciones nítidas o de generar hipótesis realmente promisorias y, en casos extremos, nos conduce a convicciones erróneas.

En algunas revistas de epidemiología abundan en la actualidad trabajos como los siguientes tres artículos tomados del mismo volumen de *American Journal of Epidemiology*, que abordan la relación entre: defectos congénitos y uso de mantas eléctricas²⁷, ser zurdo y

la necesidad de resucitación entre recién nacidos²⁸, y uso de aire acondicionado y mortalidad en verano²⁹. Henri Poincaré, en su momento, advirtió:

“La ciencia se construye con hechos, del mismo modo que un edificio se hace con ladrillos; pero hacer pasar una colección de hechos como ciencia es como atribuir a un montón de ladrillos la condición de edificio.”

Aun cuando esta estrategia fuera válida para descubrir los mecanismos causales de los daños a nivel individual, debe tenerse en cuenta que, como señala Jaime Breilh, “la construcción científica de una idea sobre lo colectivo en la salud, no puede resultar de la agregación de principios y hallazgos ocurridos en lo individual”³⁰. Siendo así, ¿será que los problemas colectivos ya no interesan más en el mundo actual?

El ejemplo de los motociclistas antes mencionado muestra que de nada vale una apreciación crítica y creativa cuando no se asienta en datos expresivos como los que con frecuencia aporta la estadística. En la sección siguiente ilustraremos con un ejemplo inspirado en consideraciones que desarrollo en otro sitio³¹, el problema inverso: de nada valen los datos estadísticos si no se inscriben en un discurso científicamente culto.

UNA DESILUSIÓN ESTADÍSTICA

Imaginemos que se quiere evaluar si el hábito de fumar tiene una asociación causal con el desarrollo de trastornos prostáticos (por ejemplo, displasia o cáncer). Supongamos que se disponía de un

registro con varios datos relevantes para 12.789 sujetos que tenían como mínimo 60 años.

Se constata que durante los 10 años anteriores fumaron sostenidamente 7.361 sujetos y que 3.729 de ellos (51%) desarrollaron la enfermedad; paralelamente, ésta se produjo en sólo 1.508 (28%) de los 5.428 no fumadores. La situación se resume en la Tabla I.

Descrita la situación en términos del riesgo relativo (RR) de enfermar bajo el *factor tabaco*, tendríamos que $RR=1,82$, resultado de dividir el porcentaje de fumadores que enferman entre el de no fumadores que están en ese caso. El intervalo de confianza (95% de confiabilidad) es: [1,74 - 1,91]. Los que gustan de las pruebas formales de significación pueden comprobar que la asociación es abrumadoramente significativa ($\chi^2=676,2$; $p < 0,000001$).

Sabiendo que antes de sindicarlo al hábito de fumar como causa contribuyente de la dolencia sería conveniente conjurar las suspicacias que pudiera producir algún posible factor de confusión, el investigador toma en cuenta que el consumo de alcohol pudiera ser una *variable confusora*. Considera entonces la posibilidad de reexaminar el problema, pero teniendo en cuenta ahora el hábito de consumir alcohol. Supongamos que se encuentra la situación que se resume en la Tabla II.

Recordemos que para que una variable sea confusora debe estar relacionada tanto con la enfermedad como con el presunto factor de riesgo³². Para evaluar este punto, tengamos en cuenta que a partir de la Tabla II puede construirse la Tabla III con el cruzamiento entre hábito de fumar y de consumir alcohol.

Siguiendo la sugerencia regular³³, se computa la razón de productos cruzados (odds ratio) para esta tabla:

$$OR = \frac{4.348 \cdot 4.960}{468 \cdot 3.013} = 15,3$$

TABLA II. Distribución de sujetos según fumaran o no, según consumo de alcohol y según aparición de la dolencia.

	Enfermos	Sanos	Total
<i>Consumían alcohol</i>			
Fumadores	3.330	1.018	4.348
No fumadores	415	53	468
<i>No consumían alcohol</i>			
Fumadores	399	2.614	3.013
No fumadores	1.093	3.867	4.960

TABLA III. Cruzamiento entre hábito de fumar y de consumir alcohol entre los integrantes de la cohorte.

	Consumo de alcohol	No consumo de alcohol
Fumadores	4.348	3.013
No fumadores	468	4.960

Puesto que el OR es muchísimo mayor que la unidad, se concluye que hay, en efecto, una muy fuerte asociación entre el factor que se estudia (hábito de fumar) y el candidato a confusor (consumo de alcohol). Confirmada esta condición, procede entonces reexaminar la asociación inicial ajustándola mediante el control de la variable "consumo de alcohol", para lo cual volvemos a la Tabla II.

Es fácil constatar que, para ambos subgrupos, las tasas de enfermar son mayores entre no fumadores que entre fumadores: respectivamente 89% (415 de 468) y 77% (3.330 de 4.348) para los consumidores de alcohol, y 22% (1.093 de 4.960) frente a sólo 13% (399 de 3.013) para los no consumidores de alcohol. Puesto que el patrón se repite en ambos subgrupos, de acuerdo a la práctica habitual, el investigador daría por válido que hay una asociación *negativa*: la asociación positiva inicialmente obtenida para el grupo completo era "espuria", ya que se invierte cuando se controla la variable confusora. Khan y Sempos, a juzgar por el lenguaje empleado en el ejemplo sobre el control de factores confusores que incluyen en su libro, dirían que ahora se tiene una "mejor" estimación del riesgo relativo³³.

Si se examina el problema según los cánones clásicos de análisis, se obtiene que, para los consumidores de alcohol, el riesgo relativo inherente al tabaco es:

$$RR_1 = 0,86 (0,83 - 0,90) \\ \text{con } \chi^2 = 35,7; (p < 0,000001);$$

para los no consumidores, este riesgo asciende a:

$$RR_2 = 0,59 (0,54 - 0,67) \\ \text{con } \chi^2 = 95,3; (p < 0,000001).$$

La estimación del riesgo relativo conjunto (ajustado) según el método de Mantel-Haenszel es $RR_{MH} = 0,65$, con un

TABLA IV. Distribución de pacientes según hábito de fumar, de tomar alcohol, según grupo de edad y según aparición de dolencia prostática.

	Enfermos	Sanos	Total
<i>Menores de 70 años que consumían alcohol</i>			
Fumadores	1.179	28	1.207
No fumadores	399	39	438
<i>Mayores de 70 años que consumían alcohol</i>			
Fumadores	2.151	990	3.141
No fumadores	16	14	30
<i>Menores de 70 años que no consumían alcohol</i>			
Fumadores	188	191	379
No fumadores	1.041	2.890	3.931
<i>Mayores de 70 años que no consumían alcohol</i>			
Fumadores	211	2.423	2.634
No fumadores	52	977	1.029

intervalo de confianza igual a: [0,61-0,69], todo lo cual, según la *teoría oficial*, "convalida estadísticamente" la conclusión arriba mencionada.

Vayamos ahora más lejos e imaginemos que, ante la desoladora perspectiva de publicar que el tabaco ejerce un papel preventivo para los desórdenes de próstata, se decide volver a hacer el análisis pero controlando el factor edad; concretamente, contemplando además si el paciente tiene más de 70 años o no. De modo que se desdobra cada una de los dos cruzamientos anteriores y se obtienen los resultados que recoge la Tabla IV.

Lejos de confirmarse la conclusión derivada del análisis de la Tabla II, este nuevo examen de los datos viene a coincidir con el resultado del primer análisis realizado. La nueva situación se resume en la Tabla V.

En efecto, la situación ¡vuelve a invertirse!: como cuando se consideró el grupo completo, para todos y cada uno de los cuatro estratos definidos por el alcohol y la edad, entre los fumadores es mayor la tasa de enfermos que entre los no fumadores.

La estimación del riesgo relativo global de Mantel-Haenszel es $RR_{MH} = 1,29$ con un intervalo de confianza igual a [1,23-1,35], que está muy lejos de contener a la unidad. La conclusión resumida sería ahora que hay indicios estadísticamente suficientes como para afirmar que existe relación causal *directa* entre presencia del factor y aparición de la enfermedad.

Cabe preguntarse: ¿cómo interpretar estos resultados?, ¿cuál de los tres análisis es el correcto?, ¿tuvo sentido haber controlado solo el efecto de la edad?. En tal caso, ¿cómo interpretar

los resultados de la Tabla II?. Si el examen de la misma condujo a desdeñar la validez de la conclusión que se extrajo al examinar la Tabla I, y el de la Tabla III a hacer lo propio con el resultado de la Tabla II, ¿qué confianza puede tenerse en este último, fuera del hecho de que no hemos seguido profundizando en el análisis?, ¿hay algún modo de sacar una conclusión integrando los tres pasos?.

Conozco muchos libros que enseñan la técnica de postestratificación, pero ninguno que responda a estas preguntas de modo satisfactorio. A mi juicio no es posible interpretar inequívocamente esta madeja de datos.

Debe tenerse en cuenta que, como recuerda el epistemólogo Mario Bunge³⁴, el proceso de reconstrucción de nuestra visión del mundo, así como la contrastación de toda reconstrucción parcial, es un proceso infinito de perfeccionamiento.

El papel de la investigación científica es, por una parte, identificar lagunas en las representaciones de que disponemos y, por otra, cubrir esas lagunas por medio del perfeccionamiento continuo de tales representaciones.

Pero una cosa es *perfeccionar* cierta representación, y otra muy distinta descalificar la que tenemos en favor de otra *peor*. Un procedimiento que nos coloque en permanente riesgo de que ello ocurra es inaceptable.

Cuando se descubrió que la tierra era redonda y no plana se dio un paso que iba de una concepción errónea a una correcta; pero cuando se supo que realmente no era esférica sino achatada en los polos, lo que se hizo fue perfeccionar un conocimiento que era esencialmente correcto y producir un modelo más refinado y fidedigno de la realidad. Así es como avanza la ciencia y los métodos fecundos son los que operan en esa dirección. Si luego del descubrimiento de la redondez terráquea, cierto método de análisis hubiera conducido a la conclusión de que la tierra era cúbica,

hoy pensaríamos que dicho procedimiento era peor que imperfecto y lo tildaríamos de inservible y contraproducente.

En nuestro ejemplo, supongamos que la verdadera relación es la que surge luego de la estratificación que involucra a las dos variables confusoras simultáneamente (Tabla V) y que, por ende, la verdad es que el hábito de fumar es una factor de riesgo para los trastornos de próstata. Entonces el segundo paso, que nos hizo pensar que la relación era inversa, no produjo una estimación “mejor” del OR sino una mucho peor, y no constituyó ningún avance respecto del conocimiento anterior sino un retroceso. Por lo tanto, objetivamente, estamos ante un procedimiento que, usado de manera mecánica, es capaz de conducirnos exactamente en la dirección errónea. Lo malo de todo esto es que nada asegura que si incorporáramos un tercer factor (antecedentes paternos de displasia prostática, pongamos por caso) la conclusión a que se llegó en el tercer paso no pudiera volver a invertirse. Quiere decir que al agregar variables confusoras para su control no estamos siempre perfeccionado el conocimiento que teníamos hasta entonces, sino, ocasionalmente, deteriorándolo. Es una desoladora realidad para quienes creen que pueden suplir sus células grises con algoritmos.

... EL PROBLEMA NO RADICA EN LA FRONDOSIDAD DEL MÉTODO ESTADÍSTICO SINO EN LA FALTA DE TEORIZACIÓN ...

Dicho en resumen: el ejemplo hipotético presentado ilustra con crudeza el hecho de que el recurso de la postestratificación para evaluar el efecto de factores confusores puede en muchos casos no pasar de ser una alquimia numérica sin trascendencia, pero también ilustra que puede producir daños, ya que es mucho mejor no saber la respuesta a una pregunta que creer en la veracidad de una conclusión errónea.

TABLA V. Porcentajes de enfermos entre fumadores y no fumadores, y riesgos relativos para cada uno de los cuatro estratos.

	% de enfermos entre fumadores	% de enfermos entre no fumadores	Riesgo relativo
Menores de 70 que consumían alcohol	97,7	91,1	1,07
Mayores de 70 que consumían alcohol	68,5	53,3	1,29
Menores de 70 que no consumían alcohol	49,6	26,5	1,87
Mayores de 70 que no consumían alcohol	8,0	5,1	1,57

Se ha argüido que las enfermedades, en especial las coronarias y los tumores malignos, son entidades muy complicadas y dependientes de demasiadas variables mutuamente correlacionadas para que el análisis pueda prosperar con recursos estadísticos elementales. A partir de esta convicción, en los últimos años se ha multiplicado el empleo de complejos modelos estadísticos multivariados que supuestamente podrían esclarecer las cosas. Por ejemplo, actualmente, con el advenimiento de la regresión logística y la factibilidad computacional adjunta, la postestratificación está en franco

parece haber producido, sin embargo, un giro visible en la situación. Los esfuerzos por resolver el problema a través de herramientas complejas y poderosos programas informáticos recuerdan cada vez más a los constructores de máquinas de movimiento perpetuo, quienes ignoraban la ley de conservación de la energía y, creyendo que sus fracasos se derivaban de que el diseño del aparato no era suficientemente eficaz, procedían a desgastarse en la confección de nuevos y más sofisticados ingenios. No casualmente Kolmogorov, uno de los más eminentes especialistas en teoría de probabilidades, subraya.

“...en el estudio de fenómenos tan complicados como los que aparecen en biología y sociología, los métodos matemáticos no pueden desempeñar el mismo papel que, por ejemplo, en la física. En todos los casos, pero especialmente allí donde los fenómenos son más complicados... si no queremos perder el tiempo manejando fórmulas desprovistas de significado, el empleo de la matemática es útil sólo si se aplica a fenómenos concretos que ya han sido objeto de una profunda teorización.”

Nótese que bajo ningún concepto se está desdeñando el poder esclarecedor

...EL EXAMEN CRÍTICO E INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS, A NIVEL TANTO INDIVIDUAL COMO COLECTIVO, TANTO CUANTITATIVA COMO CUALITATIVAMENTE, ES UNA PREMISA CLAVE PARA ASPIRAR A UNA EPIDEMIOLOGÍA PRODUCTIVA A LOS EFECTOS DE FACILITAR LA OBTENCIÓN DE EXPLICACIONES ...

de la estadística; lo que se rechaza es la extendida ilusión de que ella pueda aportar explicaciones por sí sola.

UN EJEMPLO NADA HIPOTÉTICO

El ejemplo precedente es algo alambicado pero basta con que *se pueda* construir un engendro de este tipo para destacar las limitaciones epistemológicas del método. En este terreno ocurre como con la clínica y la anatomía patológica: se ha dicho que los clínicos *adivinan* y los patólogos *saben*. En muchas ocasiones, sólo una autopsia permitirá confirmar o descartar un diagnóstico. Veamos qué arrojó la autopsia practicada sobre una hipótesis de causalidad luego de su muerte natural.

En su examen sobre el curso que siguió la investigación sobre las causas del SIDA en la etapa inicial de la epidemia, Vanderbroucke y Parodel consignan³⁶ que, entre otras posibles explicaciones, se especulaba entonces sobre el posible efecto de los "poppers", nombre informal con el que se designaba a un nitrito muy popular como estimulante de la libido dentro de la comunidad homosexual en Estados Unidos.

Los "poppers" aparecen en el horizonte etiológico a partir de la búsqueda exhaustiva de algún "nuevo factor" para una "nueva enfermedad"; se constató³⁷ que su consumo era intenso entre las víctimas del SIDA. Un estudio de casos y controles publicado en *Lancet* arrojó un *odds ratio* de 8,6 para los consumidores intensos de la sustancia respecto de los que no lo eran³⁸.

Sin embargo, se sospechaba que la promiscuidad sexual pudiera estar desempeñando un papel confusor; el

estudio mencionado permite calcular un *odds ratio* de 4,9 para aquellos que habían tenido más de 10 compañeros sexuales por mes en el año anterior a la aparición del síndrome. De modo que se examinó la asociación entre el uso de los "poppers" y el SIDA *controlando el efecto de la promiscuidad*. El análisis a través de la regresión logística arrojó que el *odds ratio* correspondiente al presunto agente causal se elevaba a 12,3 cuando se controlaba la promiscuidad, en tanto que el de esta última se reducía a 2,0 cuando se controlaba el efecto confusor del estimulante sexual. A partir de esta "evidencia" la hipótesis cobró más vitalidad y se llegaron a publicar trabajos que le conferían plausibilidad biológica, pues bosquejaban un posible mecanismo bioquímico según el cual podría estar actuando la substancia.

A principios de 1983 se produjo el célebre aislamiento del virus de inmunodeficiencia humana, con lo cual la efímera e incorrecta hipótesis de los "poppers" pasó al olvido. Lamentablemente, la aplicación mecánica de los recursos de la epidemiología observacional de factores de riesgo, lejos de contribuir a esclarecer el problema, condujo a los investigadores por trillos erróneos, hasta que un hallazgo procedente de las ciencias básicas puso las cosas en su lugar.

MORALEJAS FINALES

Las reflexiones precedentes pueden ser resumidas en una moraleja central: el examen crítico e integral de los problemas, que abarque los elementos obtenidos de la descripción a nivel tanto individual como colectivo, tanto cuantitativa como cualitativamente, es una premisa clave para aspirar a una epidemio-

logía productiva a los efectos de facilitar la obtención de explicaciones. Dicho examen puede resultar más elocuente (en una u otra dirección) que varias páginas de resultados producidos por un paquete estadístico computacional.

El control de variables en el contexto observacional no debe practicarse si no es para evaluar hipótesis claramente expuestas y fundamentadas con anticipación, donde el potencial papel confusor de las variables que se controlan también tenga respaldo teórico independiente y fundamento lógico anterior. Sin embargo, aunque resulte en principio descorazonador, también ha de sacarse la moraleja de que esta condición es necesaria pero no suficiente para que las conclusiones, además de inteligibles, sean correctas. Hasta ahora no se conoce procedimiento de control alguno que supere a la experimentación; no sólo en su ámbito natural de las ciencias básicas o en el mundo de la clínica, sino incluso en el área más esquiva, a esos efectos, de la epidemiología; el experimento sigue siendo la llave que abre la puerta final en el trayecto hacia el descubrimiento de la causalidad.

En cualquier caso, es mejor no perder el tiempo buscando o aplicando códigos algorítmicos de procedimiento y recetas estadísticas para hacer una epidemiología fructuosa. El pensamiento científico nunca ha sido algoritmizable en ningún dominio. ¿Por qué habría de serlo en éste?. La estadística puede ocupar un espacio como invaluable recurso instrumental, pero sólo un régimen de amplia simbiosis transdisciplinaria y metodológica es capaz de cerrar ciclos cognoscitivos integrales y, por tanto, de viabilizar el camino de renovación de la epidemiología como disciplina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taubes G. Epidemiology faces its limits. *Science* 1995; 269: 164-169.
2. Syme L. La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la

- necesidad de una epidemiología más relevante. *Anthropos* 1989; 118/119: 39-46.
3. Pooling Project Research Group. Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and EKG abnormalities to the incidence of major coronary events: Final report of the Pooling Project. *J Chron Dis* 1978; 31 (Special Issue): 201-306.
 4. McCormick J. Medical hubris and the public health: the ethical dimension. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 619-621.
 5. Charlton BG. The scope and nature of epidemiology. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 623-626.
 6. McKinlay JB. Towards appropriate levels of analysis, research methods and health public policy. International Symposium on Quality of Life and Health; Berlin: Mayo 25-27, 1994.
 7. McCormick J. The multifactorial aetiology of coronary heart disease: a dangerous delusion. *Perspect Biol Med* 1988; 32: 103-108.
 8. Greenland S. Randomization, statistics and causal inference. *Epidemiology* 1990; 1: 421-429.
 9. Hempel CG. Filosofía de la ciencia natural, Madrid: Alianza, 1973.
 10. Robinson WS. Ecological correlations and the behavior of individuals. *Am Sociol Rev* 1950; 15: 531-537.
 11. Schwartz S. The Fallacy of the ecological fallacy: The potential misuse of a concept and the consequences. *Am J Public Health* 1984; 84: 819-824.
 12. Susser M. The logic in ecological: I. The logic of analysis. *Am J Public Health* 1994; 84: 825-829.
 13. Susser M. The logic in ecological: II. The logic of design. *Am J Public Health* 1994; 84: 830-833.
 14. Rothman JK. Modern epidemiology Boston: Little, Brown and Col., 1986.
 15. Hertzman C. The health context of work-life choice. Ottawa: Canadian Mental Association, 1986.
 16. Davey G et al. The black report on socioeconomic inequalities in health: 10 years. *BMJ* 1990; 301: 373-377.
 17. Galbraith JK. La cultura de la satisfacción. 2ª Ed. Madrid: Ariel Sociedad Económica, 1991.
 18. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med* 1990; 31: 1347-1363.
 19. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996; 86: 674-677.
 20. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *Am J Public Health* 1996; 86: 668-673.
 21. Pearce N. Traditional epidemiology, modern epidemiology, and Public Health. *American Journal of Public Health* 1986; 86:678-683.
 22. Berlinger G. Salud y desigualdades en "La Ofensiva neoliberal y la salud pública". Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas, 1991.
 23. Evans RG, Morris LB, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations, New York: Aldine de Gruyter, 1994.
 24. Skrabanek P. The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. N° 59. London: The Social Affairs Unit, 1994.
 25. McCarthy M. Do cycle helmets prevent serious injury? *BMJ* 1992; 305: 881-882.
 26. Piédrola G. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Salvat, 1990.
 27. Duglosz L, Vena J, Bayers T, Sever L, Bra-cken M, Marshall E. Congenital defects and electric bed heating in New York State: a register based case-control study. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 1000-1011.
 28. Williams CS, Kimberly AB, Eskenazi B. Infant resuscitation is associated with an increased risk of left-handedness *Am J Epidemiol* 1992; 136: 277-286.
 29. Rogot E, Sorlie PD, Backlund E. Air-conditioning and mortality in hot weather. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 106-116.
 30. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Serie "Epidemiología crítica", Número 3. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1997.
 31. Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: Una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos, 1997.
 32. Miettinen OS. Matching and desing efficiency in retrospective studies. *Am J Epidemiol* 1970; 91: 111-118.
 33. Kahn HA, Sempos CT. Statistical methods in epidemiology. Nueva York: Oxford University Press, 1989.
 34. Bunge M. La investigación científica. La Habana: Ciencias Sociales, 1972.
 35. Silva LC. Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Madrid: Díaz de Santos, 1995.
 36. Vanderbroucke JP, Parodel UPAM. An autopsy of epidemiologic methods: the case of "poppers" in the early epidemic of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Am J Epidemiol* 1989; 129: 455-457.
 37. McManus TJ, Starret LA, Harris JR. Amyl nitrito use by homosexuals. *Lancet* 1982; 1: 503.
 38. Mormor M. Risk factors for Kaposi's sarcoma in homosexual men. *Lancet* 1982; 1: 1083-1086. ■

CEREBROS VERSUS CORAZONES: UNA FALSA ANTÍTESIS

Julián Tudor Hart

Visiting Professor, Department of General Practice, Royal Free Hospital Medical School, London,
y Médico general jubilado, Swansea, Wales.

Todos conocemos al Doctor Cerebro. Es extremadamente inteligente, raramente se le ve sin la bata, se lava las manos con frecuencia, y va siempre muy deprisa, dejando tras de sí un séquito de profesores visitantes, especialistas en formación, médicos subalternos, secretarías, enfermeras de planta, estudiantes de medicina y de enfermería. Es capaz de resolver casi todos los rompecabezas clínicos con unas pocas palabras, confirmadas por una o dos investigaciones en las que nadie pensaba.

Si tenemos suerte, puede tener también un buen corazón, y ser simpático con los pacientes y sus médicos subalternos, e incluso quizás con las enfermeras; tal vez explique complacientemente sus ideas con claridad en un lenguaje comprensible, pero ninguna de estas cualidades humanas son esenciales. Lo más importante no es lo que siente o hace, sino lo que conoce. A pesar de que no escucha nunca lo que los pacientes o sus colegas piensan, ni que siquiera se molesta en disimular su opinión de que las ideas de éstos son insignificantes, aceptamos que es un clínico brillante. Conocemos sus fallos, pero los olvidamos como si fuera el precio que tenemos que pagar por su inteligencia.

También conocemos a su contrario, el Doctor Corazón. Raramente es un especialista del segundo nivel asistencial, porque este papel se reserva para un Doctor Cerebro, mientras que la primera responsabilidad de un médico de familia es parecerse a un Doctor Corazón. Podría suscribirse a una revista médica no patrocinada por la industria o asistir a una conferencia sobre avances en medicina clínica, pero generalmente ha aceptado sus propios fracasos para conseguir la meta de su formación pregraduada de llegar a ser, no un generalista comunitario, sino un omnespecialista. Después de pasar su último examen, y habiendo adquirido con dificultad quizás el 50% o más del conocimiento médico disponible en ese momento, se instala en una vida laboral en la que usará su almacén de conocimientos. Se dice que la vida media de los conocimientos médicos es de cerca de 7 años. En algún momento alrededor de los 14 años después de la titulación, comienza a darse cuenta que su más o menos 50% previo de conocimientos ha disminuido cerca del 10-15%. Sin embargo, pocos de sus pacientes aparentemente mueren como consecuencia directa de su ignorancia. Los profesores itinerantes de los médicos de familia, los representantes de las compañías farmacéuticas, parecen ser capaces de mantenerle al día sobre cualquier avance de verdadera importancia. A la edad de la jubilación, como un signo de su propia muerte, llega a ser totalmente cínico sobre su habilidad para cambiar el destino de una forma importante, y *hacer* las cosas bien con el cerebro. En su lugar, intenta estar satisfecho con *sentirse* bien con su corazón¹.

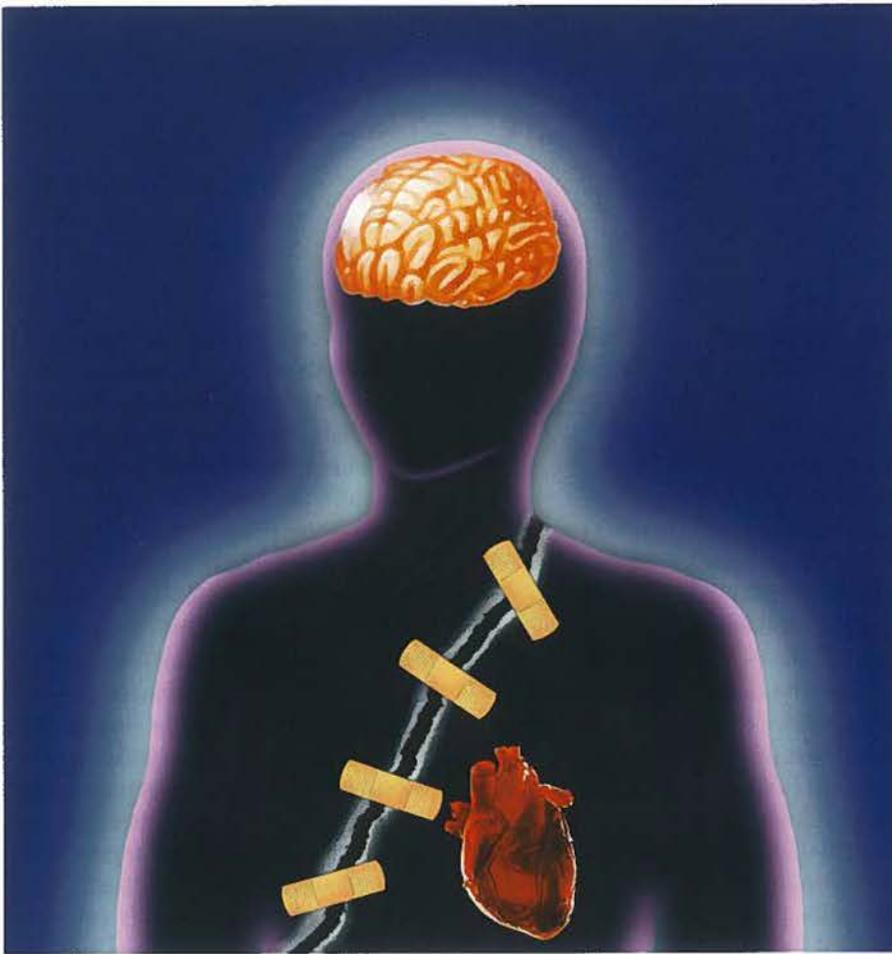
A los médicos de familia se les ve convencionalmente como Doctores

Corazón. Su trabajo es dar sentimientos humanos y tener habilidades para escuchar y empatizar, cosa de la que los reputados Doctores Cerebro carecen. Solamente una pequeña minoría de pacientes tienen problemas de salud que pueden formularse como rompecabezas que requieren soluciones usando la ciencia médica como el Doctor Cerebro; el 90% o más son resueltos también por un Doctor Corazón que no conoce virtualmente nada de la ciencia, pero que tiene amabilidad, sentido común, y un conocimiento de la enfermedad y la muerte.

ELIMINANDO LAS SOLUCIONES HUMANAS PARA UN CURRÍCULO INHUMANO

Los Doctores Cerebro son, desde luego, felices, con su situación. Si al menos hubiera más de 24 horas en un día, o si al menos no leyera 3 revistas especializadas semanales y 6 mensuales, y asistieran a varios congresos de especialistas nacionales e internacionales cada año, podrían reencontrar a los seres humanos, leer novelas, disfrutar escuchando música, e incluso escuchar lo que el médico subalterno y el paciente piensan, o explicar lo que hacen de forma que sus pacientes puedan participar en las decisiones sobre sus vidas. Pero desgraciadamente viven en el mundo real, en el cual es necesario sacrificar sus cortas vidas y su imaginación, para que el resto de los humanos disfrute de los frutos de la ciencia médica.

Así, de tiempo en tiempo, sugieren cambios en el currículum pregraduado, para introducir a los estudiantes de medicina no sólo en los cadáveres cuyos cerebros pueden cortarse en trocitos, sino en el extraordinariamente amplio abanico de productos que esos cerebros pueden producir, mediante los cuales



de anatomía conoce, el cerebro es el órgano de la mente, y el corazón es una bomba. Los médicos con una enorme reserva de información, pero incapaces y *no dispuestos* a comunicarse efectivamente con sus colegas o pacientes, son incompetentes y peligrosos. Ninguna cantidad de conocimiento puede compensar su indiferencia hacia la comunicación, enraizada en sus creencias de que el conocimiento es poder, con lo cual probablemente no lo compartirán como no lo hacen con sus automóviles, cepillos de dientes o esposas. Los pacientes y los médicos sin conocimientos pueden adquirirlos, pero los adultos no dispuestos a aprender cómo escuchar o explicar a sus colegas, o a imaginarse que pueden llegar a ser otros, son casos perdidos.

De una forma menos obvia, la idea de que los generalistas que trabajan con base en la comunidad tienen menos necesidad que los especialistas hospitalarios de conocimiento científico o (más importante) de actitudes científicas, es un sinsentido peligroso. Siempre fue peligroso, aunque nos pareciera que desechábamos esa idea la mayor parte de las veces. En un futuro próximo, llegará a ser tan peligroso que incluso los Ministros de Sanidad podrán llegar a entender que debamos aprender a pensar y actuar dentro de un nuevo paradigma.

tuvieron inventiva alguna vez en sus vidas. Así, las suntuosas facultades de medicina añaden unas pocas clases en arte, música, literatura e incluso sociología, a la espera de que la siguiente generación de Doctores Cerebro pueda quedarse con algo más de sus corazones.

Sin embargo, los profesores comprenden que un corazón robusto no puede compensar un pequeño cerebro. Éstos se dan cuenta de que el almacenamiento de conocimientos de sus estudiantes disminuirá después de que dejen sus hospitales, por lo que intentan que aumente su almacén inicial, de forma que si el 10% se pierde después de 14 años, las reservas iniciales deberán ser un 10% mayores, lo que hará necesario un mayor tiempo de enseñanza. ¿De dónde puede venir ese tiempo extra de enseñanza? Bueno, pues tenemos unas pocas horas que se pierden en arte, música, literatura, etc. Lo que puede perderse fácilmente puede eliminarse fácilmente.

Para la mayoría de los estudiantes es difícil tener percepción de cambios de este tipo, sea cual sea su dirección. No están principalmente preocupados con

llegar a ser médicos efectivos, sino con aprobar su siguiente examen, y ya sabemos que éstos no van a incluir ninguna prueba de conocimientos artísticos, musicales o literarios, y desde luego nada sobre los papeles actuales o posibles de la medicina en la sociedad.

UNA FALSA ANTÍTESIS

Por supuesto, todo esto es un mito. Todos conocemos que pocos médicos reales se parecen tanto al arquetipo del Doctor Cerebro, como al del Doctor Corazón. Ambos son criaturas míticas;

... LOS MÉDICOS CON UNA ENORME RESERVA DE INFORMACIÓN, PERO INCAPACES Y NO DISPUESTOS A COMUNICARSE EFECTIVAMENTE CON SUS COLEGAS O PACIENTES, SON INCOMPETENTES Y PELIGROSOS ...

pero al final de este horrible siglo, ¿quién se atreve a decir que no son importantes los mitos? Cuando la gente está asustada, confusa, y está perdiendo la fe en la razón como evidencia, echa mano a los mitos, y éste es uno de ellos.

¿Por qué esto son tonterías? Porque, como cada estudiante de primer curso

Todo comportamiento humano es racional: es decir, todas las decisiones humanas sirven para fines humanos. Dondequiera que parezca irracional el comportamiento, deberíamos sospechar que los fines realmente perseguidos no son los públicamente proclamados. La falsa antítesis entre el científico Doc-

... LA DIFERENCIA ENTRE UN BUEN Y UN MAL MÉDICO ESTABA EN SI PODÍAN RECONOCER LAS ESPECIES MORBOSAS RÁPIDA Y ADECUADAMENTE, Y ATACARLAS CON EL MENOR DAÑO POSIBLE PARA LOS PACIENTES ...

tor Cerebro y el sentimental Doctor Corazón esconde una división implícitamente acordada sobre el oficio y las habilidades, entre los médicos que cobran por visita y están al servicio de unos pocos, y los médicos que cobran por salario o lista de pacientes y sirven a la mayoría². Los especialistas hospitalarios intentaron proporcionar asistencia generalista para los pacientes ricos, y también asistencia especializada para los pacientes pobres que les eran derivados. Los generalistas que trabajan en la comunidad intentaron proporcionar asistencia habitual para todos los que no se podían permitir su propio especialista privado. En términos de oficios, era un acuerdo beneficioso (y por lo tanto racional), pero enteramente irracional en términos de verdadera biología y sociología humana. Servía a una minoría ideológicamente dominante de médicos, pero no tenía nada que hacer con las necesidades humanas de las personas, o con las necesidades clínicas de la mayoría de médicos que les atendían.

¿POR QUÉ LOS GENERALISTAS COMUNITARIOS NECESITAN UNA COMPRENSIÓN MÁS AMPLIA DE LA CIENCIA MÉDICA QUE LOS ESPECIALISTAS HOSPITALARIOS?

Tradicionalmente el conocimiento utilizado por los médicos depende de la clasificación: para cada enfermedad, un remedio apropiado. Las enfermedades se pensaron y aprendieron como una colección de fábulas referentes a animales reales o quiméricos, una lista de depredadores y parásitos más o menos peligrosos acechando en la jungla de la existencia humana, que podrían ser reconocidos por los médicos y destruidos con

balas mágicas. La diferencia entre un buen y un mal médico estaba en si podían reconocer las especies morbosas rápida y adecuadamente, y atacarlas con el menor daño posible para los pacientes.

Esto nunca fue una ciencia médica. En el mejor de los casos era un convencionalismo útil mediante el cual se usaban unas pequeñas partes de la ciencia médica que eran valiosas para el oficio médico. Este convencionalismo fue útil ya que rompió los problemas extensos, mal definidos y aparentemente difíciles de resolver, en partes manejables, definidas en términos que permitían la derivación adecuada a los especialistas. Pero esto fue siempre una falsificación de la realidad biológica y sociológica, que cualquier interesado incluso con una investigación superficial rápidamente detectarían. Esta falsificación depende de cinco suposiciones:

1) Las enfermedades pueden separarse de las personas que las padecen: el reinado de la enfermedad.

2) Las poblaciones se dividen fácilmente en personas normales que no necesitan médicos y que no tienen enfermedad, y personas anormales que necesitan médicos y tienen enfermedades.

3) Las enfermedades en las poblaciones derivadas a los especialistas reproducen las enfermedades en el conjunto de las poblaciones, con historias naturales y respuestas al tratamiento esencialmente similares.

4) Las enfermedades son esencialmente independientes, sumativas, y generalmente aisladas, por lo que la mayoría de los pacientes tienen sólo una enfermedad: y si tienen más, cada una puede ser tratada por su especialista adecuado más o menos independientemente de las otras.

5) Las enfermedades tienen una existencia más o menos episódica. Vienen, aparentemente, de ninguna parte, y eventualmente se van, tanto mediante la curación o por la muerte del paciente.

Los clínicos inteligentes conocieron siempre que la primera de estas suposiciones era reduccionista y finalmente falsa³, aunque útil en la práctica. Cuanto más pensamos sobre ello, y cuanto más lo aplicamos a las personas reales con enfermedades verdaderas, más probablemente nos preguntamos si en efecto éste es el mejor camino para el discurrir de la medicina clínica. Hemos subestimado de forma grosera el daño infringido a la práctica médica efectiva a causa de este reinado de la enfermedad, y su efecto de transigir con una cierta visión de la asistencia médica, en la que los médicos eran proveedores y los pacientes consumidores. Como veremos más adelante en este texto, ésta no es la única forma en que pueden entenderse las relaciones clínicas.

En contra de estas cinco suposiciones falsas, planteo las siguientes, que son más consistentes con las evidencias habituales.

1) Ninguna enfermedad puede, ni siquiera conceptualmente, separarse de la persona que la padece.

2) Para los accidentes, las poblaciones pueden dividirse fácilmente en los que los tienen y los que no los tienen. Algunos tipos de enfermedades avanzadas, que ocasionan daños orgánicos irreversibles o incompletamente reversibles, están en este grupo, pero pueden entenderse mejor como accidentes que como enfermedades. Cuando nos remontamos a los orígenes de esas enfermedades, primeramente es difícil y más tarde imposible el dividir a las poblaciones en normales y anormales mediante cualquier criterio cualitativo. Donde se pueden establecer criterios cuantitativos, éstos dependen de variables históricas, principalmente del balance entre riesgo ver-

sus beneficio de las intervenciones clínicas, diagnósticas o terapéuticas.

3) En dondequiera que tengamos una buena evidencia para el conjunto de la población, observamos que la historia natural de las enfermedades y su respuesta al tratamiento son diferentes en las personas que presentan criterios para el diagnóstico de la enfermedad pero no han sido médicamente reconocidos, en las personas con enfermedad que ha sido reconocida por el generalista pero no fueron derivadas, y por último en las personas que han recibido asistencia especializada. Aquellos pacientes tratados por los especialistas de segundo nivel tienen un peor pronóstico sin tratamiento, y un balance beneficio *versus* riesgo en su tratamiento más favorable a la intervención, que aquellos pacientes no diagnosticados o en tratamiento con el generalista.

... NO PUEDE ESTABLECERSE UNA DIVISIÓN CLARA ENTRE LOS PROBLEMAS SOCIALES Y LOS MÉDICOS ...

4) La mala suerte es una poderosa fuerza gravitacional. “Al perro flaco todo son pulgas”, y los problemas no vienen solos, sino que se suman y multiplican. El efecto de la cascada es la justificación más importante para el diagnóstico precoz, ya que un remedio o una acción evasora precoz puede ser generalmente simple, más efectiva y menos costosa que el salvamento en la crisis posterior. La suposición de que los pacientes tienen únicamente un problema clínico dominante es una convención conveniente para el oficio médico y para sus transacciones entre profesionales, pero raramente es verdadera en la práctica, particularmente cuando reconocemos que no puede establecerse una división clara entre los problemas sociales y los médicos. Los profesionales de la salud deben en la práctica poner límites a sus responsabilidades, pero estos límites son fundamentalmente determinados por factores sociales más que biológicos.

5) Excepto para los accidentes, el concepto de enfermedad episódica igualmente refleja las necesidades del oficio médico más que las realidades de la biología y sociología humana. Tanto a los médicos que se ven como proveedores, como a los pacientes que se ven como consumidores, les gusta creer en las enfermedades episódicas con soluciones episódicas, pero los adultos no necesitan cuentos de hadas. Relativamente pocos problemas de salud pueden resolverse de esta forma, y esos pocos no son el centro de nuestras principales preocupaciones habituales acerca del aumento de costes y la disminución de la responsabilidad social. La patología, la enfermedad, y eventualmente el daño orgánico son consecuencia de acontecimientos anteriores acaecidos a lo largo de la vida. Las intervenciones episódi-

cas pueden aplicarse óptimamente, y pueden entenderse más fácilmente por los no especialistas, sólo dentro de un marco de asistencia anticipatoria continuada dada por equipos de generalistas.

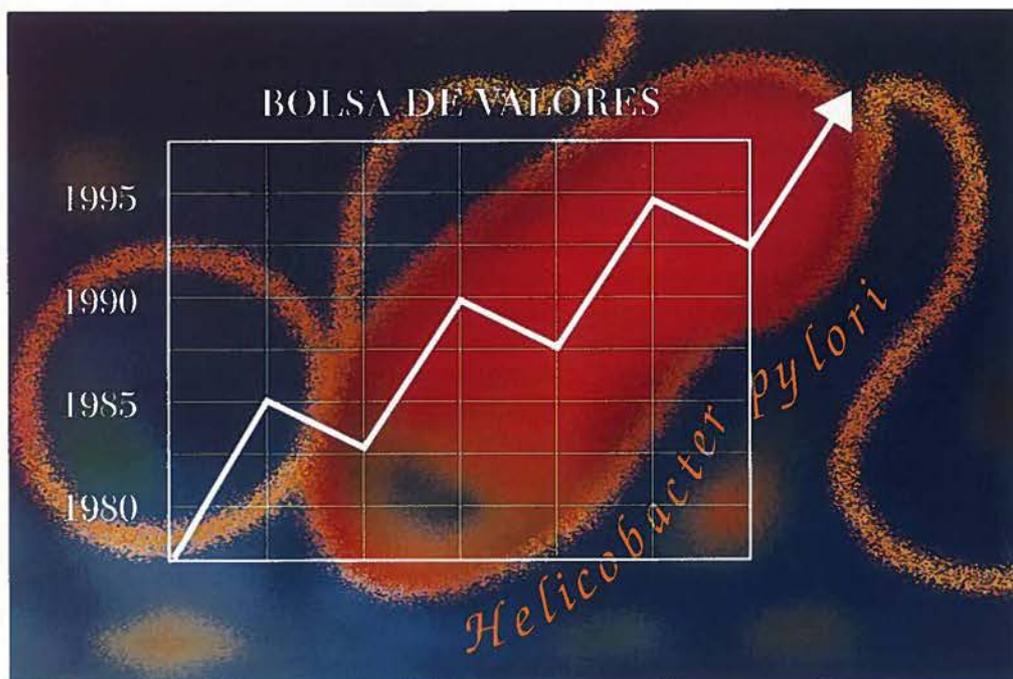
UN EJEMPLO CONCRETO: LA ÚLCERA GASTRO-DUODENAL, EL *HELICOBACTER PYLORI*, & LA BOLSA DE VALORES

Para ilustrar este cambio necesario de paradigma dentro del cual pensamos, consideremos la historia de la úlcera gastroduodenal y el *Helicobacter pylori*.

Cuando terminé la carrera en 1952, las úlceras gástricas y duodenales parecían proporcionar buenos ejemplos de problemas frecuentes y rápidamente entendidos en el marco del viejo paradigma. Los pacientes con dolor epigástrico probablemente tenían una úlcera y esto ocurría en el 4% de la población. El patrón clínico para las dos localizaciones era diferente, siendo más fre-

cuenta las úlceras duodenales y más raras las gástricas⁴. La confirmación diagnóstica podía hacerse mediante un estudio gastroduodenal, o más tarde mediante gastroscopia. Los pacientes estaban más preocupados que los médicos por las posibles causas, y como es normal (en enfermedades de causa desconocida) las úlceras eran atribuidas a “estrés” –una palabra con un significado infinitamente flexible–, aunque poca evidencia se encontrara para apoyar esa idea⁵. Las úlceras generalmente respondían a la ingesta de alcalinos, o si eso no era eficaz, podía remitirse el paciente al cirujano para extirpar la mayor parte secretora de ácido del estómago. De esta forma generalmente se aliviaba el dolor, pero normalmente con el coste de destruir la salud general y la capacidad de disfrutar con la comida. Como este disfrute con la comida hacía tiempo que había sido prohibido por las prescripciones dietéticas que de otra manera sólo podrían encontrarse en las cárceles y en los internados escolares privados ingleses, la mayoría de los pacientes no se quejaban. Y si se quejaban lo hacían con los médicos de familia, no con los cirujanos. Muchos pacientes tenían dolor continuo intenso y también su sistema digestivo destrozado. Comprensiblemente, tan pronto como podían, los pacientes se mantenían a distancia de los médicos.

Esta estructura de sentido común comenzó a desintegrarse en la década de los años 70, con la evidencia acumulada sobre la participación del paciente en la toma de decisiones, y ver que la definición de enfermedad era afectada por muchos factores más que el dolor⁶. Los estudios de población mostraron que gran cantidad de gente con úlceras probadas radiológicamente, no tenían dolor, y muchos más con dolor típico no tenían úlceras; la prevalencia de evidencia de úlcera presente o pasada en necropsias era cerca de cinco veces mayor que la prevalencia de síntomas⁷.



Otros estudios mostraron que el alivio del dolor y la curación endoscópica o radiológica eran independientes⁹. La enfermedad, la patología y el paciente parecían romperse en pedazos.

En 1983, sin saber cómo, apareció el *Helicobacter pylori*. Las úlceras no se producían ya por el estrés sino por una infección, frecuente en familias modestas y hacinadas, y que se adquiría en la infancia. El viejo paradigma podría seguramente haberse salvado, ya que ¿qué mejor representación de ese paradigma podría ser preferible, que una infección específica con tratamiento antibiótico específico, una enfermedad microbiana que tenía una existencia independiente de los pacientes cuyo papel era el de huéspedes episódicos, y que podría ser adecuadamente destruida con las balas mágicas apropiadas?. La gastroduodenitis por *Helicobacter* había sido identificada como una importante enfermedad infecciosa⁹.

Pero el *H. pylori* en sí mismo no es una enfermedad. Entre los pacientes atendidos en la medicina general de Gran

Bretaña, la prevalencia de infección por *H. pylori* es del 85% para las personas con síntomas de úlcera gástrica/duodenal, 66% para las personas sin dolor ulceroso, 48% para las personas con reflujo gastroesofágico, y del 56% para las personas sin ningún síntoma abdominal¹⁰. Es en realidad un componente de varios conjuntos posibles de enfermedades, incluyendo cáncer de estómago, así como úlcera gástrica y duodenal. Para los pacientes con úlceras establecidas, la primera línea de tratamiento más eficaz en la actualidad parece ser la eliminación del *H. pylori* con una combinación de antibióticos y fármacos supresores de la secreción ácida gástrica. La incidencia de un eventual cáncer gástrico es un 80% mayor en pacientes con una historia de úlcera gástrica benigna confirmada histológicamente, y la *International Association for Research in Cancer* ha aceptado que el *H. pylori* es un carcinógeno probado¹¹ desde 1994. De esta forma, se están considerando las propuestas de detección precoz en las personas con dolor pero sin úlcera demostrable, así

como la eliminación profiláctica del *H. pylori* de los portadores. Igualmente, podría valorarse como un nivel racional posterior un procedimiento similar para las familias, o incluso las comunidades, centrándose en la infancia.

Sin embargo, el *H. pylori* parece haber colonizado los estómagos de los vertebrados desde que existen estómagos, normalmente en simbiosis con sus huéspedes, con diversas tensiones. La simbiosis durante millones de años implica un balance ecológico. El hecho de portar *H. pylori*, con el precio de úlceras ocasionales, puede promover la acidificación gástrica, nuestra barrera principal para la ingestión de patógenos. Esto podría explicar el por qué la mayoría de las personas portan la infección, pero menos del 20% de portadores presentan algún síntoma¹². Como la encefalopatía espongiiforme bobina ha mostrado, la industrialización y el márketing alimentario agresivo no sólo fracasa en eliminar la ingestión de infecciones, sino que puede crear algunas nuevas, por lo que eliminar una defensa natural del conjunto de la población puede no ser una buena idea.

Hay una alternativa. Para las personas con úlcera confirmada, la erradicación de *H. pylori* produce un 99% de curaciones, mientras que la cimetidina se acerca al 95%¹³, y el omeprazol da aún mejores resultados. A pesar de que hay algunas evidencias respecto a que el uso a largo plazo de cimetidina puede promover cáncer gástrico¹⁴, se han convencido los gobiernos de que es seguro y se vende para auto-tratamiento del público, incluso en Gran Bretaña con su larga tradición de limitar los medicamentos potentes a la prescripción médica. Ahora está disponible la supresión de la acidez gástrica para cualquiera con síntomas, sin necesidad de un diagnóstico profesional. Las ventas de cimetidina y ranitidina sugieren que esto está ocurriendo a gran escala, con los beneficios farmacéuticos en consonancia.

En presencia de *H. pylori*, la supresión continua de la acidificación parece acelerar el envejecimiento de la mucosa gástrica. Un tercio de pacientes con esofagitis por reflujo e infección por *H. pylori* tratada con omeprazol llegan a tener gastritis atrófica, un precursor del cáncer gástrico¹⁵. En Alemania, el Profesor Stolte encontró que incluso un tratamiento de cuatro semanas puede causar cambios en el estómago que son evidentes aún dos años después¹⁶. A pesar de esta advertencia contra el uso indiscriminado de los inhibidores de la bomba de protones, ¿cuánto tiempo será preciso para que se unan a sus precursores, los antagonistas H₂, en los anaqueles del supermercado?

Los médicos generalistas pueden trabajar aún dentro de este paradigma mediante el traspaso del pensamiento crítico a los especialistas, que son los que producen protocolos escritos (y generalmente concebidos) en el lenguaje del reinado de la enfermedad. Conozco personalmente cómo eran estos protocolos o guías de buena práctica clínica, y cómo siguen siendo en la mayoría de los lugares, producidos por "expertos" con poca

154 hombres y 190 mujeres de la población de mi consulta que cumplían los criterios obligatorios protocolizados para el tratamiento farmacológico en la hipertensión. Investigué otros 12 problemas crónicos o recurrentes relevantes también sujetos a un tratamiento protocolizado. Sólo el 3% de los hombres hipertensos y el 7% de las mujeres hipertensas no tenían ninguno de esos otros problemas importantes¹⁸, pero prácticamente ninguno de los protocolos disponibles en la actualidad indicaba algo de utilidad respecto a cómo deberían integrarse para el tratamiento de múltiples problemas significativos.

Esta integración no es, por definición, una tarea para los especialistas. Para que los especialistas lo hicieran, tendrían que actuar como generalistas; esto podría favorecer su simpatía hacia la tarea que realizan los generalistas comunitarios, que se enfrentan con el tema de la integración varias veces al día. ¿Cómo se imaginan los especialistas que se hace esto usando los corazones más que los cerebros? Las demandas científicas de los generalistas comunitarios son en realidad mucho mayores que las

da mundial del mercado bursátil de 1987, únicamente las compañías farmacéuticas sostuvieron sus valores, y los han incrementado de forma vertiginosa desde entonces.

CONCLUSIÓN

Todos tenemos cerebros, todos debemos usarlos, y nadie puede hacer bien las cosas sin la ayuda de los cerebros de los otros, como también del suyo propio. Todos estos cerebros están acompañados de corazones. Entre los profesionales sanitarios, el comportamiento insensible no se origina en la inteligencia excesiva ni en la ignorancia, sino en el autointerés percibido.

La medicina clínica puede producir bienes (ganancia de salud), y es por lo tanto un sistema de producción, con ingresos, productos y eficiencia mensurable¹⁹. Sus unidades básicas de producción son las consultas entre profesionales y pacientes, en las que se toman las decisiones clínicas que determinan cómo se usan las intervenciones médicas disponibles. El viejo paradigma de la asistencia médica asume que esas consultas semejan en términos generales otras transacciones en el supuesto mercado global, en donde los profesionales son los proveedores que venden los productos de sus habilidades como artículos, a los pacientes que son los consumidores.

Este concepto de la naturaleza de las consultas es básicamente falso. El producto de las consultas se entiende mejor en la naturaleza de los problemas de los pacientes y la factibilidad de soluciones, tanto sociales como de ganancias personales. El origen de esta ganancia está en poner juntos dos conjuntos de información de dos expertos co-productores. Los profesionales de la salud necesitan maestría a partir de dos fuentes, de la acumulación de información sobre *todos* los pacientes en base a la literatura científica (incluyendo los protocolos), y de la experiencia personal de tratar enferme-

... LAS DEMANDAS CIENTÍFICAS DE LOS GENERALISTAS COMUNITARIOS SON EN REALIDAD MUCHO MAYORES QUE LAS QUE TIENEN LOS ESPECIALISTAS HOSPITALARIOS ...

o ninguna experiencia respecto a las condiciones habituales en las que las guías tienen que aplicarse, y con desprecio hacia el consejo de los generalistas comunitarios con experiencia¹⁷. Muchos de estos "expertos", incluyendo incluso, conferencias y grupos de trabajo de la Organización Mundial de la Salud, dependen en parte o totalmente del patrocinio de las compañías farmacéuticas, y virtualmente todos ellos ignoran el hecho de que los generalistas deben frecuentemente aplicar dos o más protocolos para múltiples problemas en un mismo paciente. En 1992 revisé las historias de

que tienen los especialistas hospitalarios, y una de las razones de esto, que no es la menos importante, es porque si aceptan esta responsabilidad deben hacerlo casi sin ayuda, aplicando una literatura médica aún derivada casi en su totalidad de los estudios hospitalarios que no son nunca totalmente apropiados, o de estudios epidemiológicos que ignoran los problemas individuales. La opción obvia y tácitamente elegida es evadir esta responsabilidad, dejándoselo a los ridículos y extravagantes profesores de las compañías farmacéuticas, que tienen una respuesta sencilla para todo. En la café

... LOS PROFESIONALES DE LA SALUD NECESITAN MAESTRÍA A PARTIR DE DOS FUENTES: DE LA ACUMULACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE TODOS LOS PACIENTES EN BASE A LA LITERATURA CIENTÍFICA, Y DE LA EXPERIENCIA PERSONAL DE TRATAR ENFERMEDADES EN PERSONAS VERDADERAS EN AMBIENTES REALES ...

dades en personas verdaderas en ambientes reales. Los pacientes necesitan maestría sobre sus síntomas, sus propias vidas, y sus propias priorizaciones para sí mismos y sus familias. Ambos coproductores necesitan ser responsables aliados del producto, maximizando la ganancia neta de salud.

Las guías de buena práctica clínica no pueden usarse como sustituto ni del pensamiento crítico sobre la información acerca de *todos* los pacientes, ni de la escucha de los problemas singulares, la historia y las circunstancias de *ese* paciente. Cuanto más lleguen a guiarse la mayor parte de nuestras decisiones clínicas por programas de ordenador, que aún dependen casi siempre de caminos simples respecto a accidentes cualitativos en vez de múltiples posibilidades cuantitativas de precursores de esos eventos, nuestra necesidad de pensamiento integral crítico será cada vez mayor y su ausencia más peligrosa. Una pequeña dosis de misticismo sincero no es un contrapeso efectivo contra una cultura científica que emplea la tecnología para resolver rompecabezas y rescatarnos de unas pocas consecuencias a largo plazo, pero que ignora tanto las causas iniciales como las de mantenimiento de esos problemas.

En esta nueva cultura, el modo de producción no comercial de un valor social extraordinariamente importante y apreciado, es incompatible finalmente con la cultura de mercado, tanto como la perciben aquellos que controlan la

producción de bienes, como los que consumen sus productos: pero sin la unificación de las fuerzas sociales y la esperanza de futuro que proporciona este nuevo modo de producción, el beneficio puede perderse en la guerra diaria del hombre contra el hombre. Aunque se puede estar aún lejos de entender esto, dondequiera que un sistema sanitario permita a los médicos ejercer sin perseguir honorarios por visita, los mejores de ellos constituirán una clase revolucionaria.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. José Luis Turabián Fernández la traducción de este texto y su invitación para escribirlo; y al Prof. Roy Pounder, del Royal Free Hospital School, por sus consejos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eisenberg L. Science in medicine: too much, or too little and too limited in scope? *Am J Med* 1988; 84: 483-491.
2. Hart JT. A New Kind of Doctor: the general practitioner's part in the health of the community. London: Merlin Press, 1988.
3. Campbell EJM, Scadding JG, Roberts RS. The concept of disease. *BMJ* 1979; ii: 757-762.
4. Susser M, Stein Z. Civilisation and peptic ulcer. *Lancet* 1962; i: 115-119.
5. Piper DW, McIntosh JH, Ariotti DE et al. Life events and chronic duodenal ulcer: a case control study. *Gut* 1981; 22: 1011-1017.
6. Lydeard S, Jones R. Factors affecting the

decision to consult with dyspepsia: comparison of consulters and non-consulters. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 495-498.

7. Dew MJ. Asymptomatic peptic ulcer disease. *BMJ* 1987; 295: 401.
8. Earlam R. On the origin of duodenal ulcer pain. *Lancet* 1985; i: 973-974.
9. Axon A, Forman D. Helicobacter gastro-duodenitis: a serious infectious disease. *BMJ* 1997; 314: 1430-1431.
10. Hobbs FDR, Delaney BC, Rowsby M, Kenkre JE. Effect of Helicobacter pylori eradication therapy on dyspeptic symptoms in primary care. *Fam Pract* 1996; 13: 225-228.
11. Hauson LE, Nyren O, Hsing AW et al. The risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenal ulcer disease. *N Eng J Med* 1996; 335: 242-249.
12. Blaser MJ. Not all H.pylori strains are created equal: should all be eliminated? *Lancet* 1997; 349: 1020-1022.
13. Briggs AH, Sculpher MJ, Logan RPH et al. Cost effectiveness of screening for and eradication of Helicobacter pylori in management of dyspeptic patients under 45 years of age. *BMJ* 1996; 312: 1321-1325.
14. Moller H, Nissen A, Mosbech J. Use of cimetidine and other peptic ulcer drugs in Denmark 1977-1990 with analysis of gastric cancer among cimetidine users. *Gut* 1992; 33: 1166-1169.
15. Kuipers EJ, Lundell L, Klinkenberg EC et al. Atrophic gastritis and Helicobacter pylori infection in patients with reflux oesophagitis treated with omeprazole or fundoplication. *N Eng J Med* 1996; 334: 1018-1022.
16. Kmietowicz Z. Paradox over role of Helicobacter pylori. *BMJ* 1996; 313: 250; and personal communication from Prof. Roy Pounder.
17. Hart JT. Review of Hypertension control. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 862. Ginebra: WHO, 1996. *Family Practice* 1996; 13: 176.
18. Hart JT. Hypertension guidelines: other diseases complicate management. *BMJ* 1993; 306: 1337.
19. Hart JT. Two paths for medical practice. *Lancet* 1992; 340: 772-775. ■

LO PSICOSOCIAL: UN REFERENTE NECESARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Emilio Irazábal Martín

Psicólogo social y terapeuta grupal. Insalud. Area 4, Madrid. Miembro del Consejo de Dirección de la Revista Area 3, Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales.

Quiero aprovechar la invitación a participar en esta revista, HUMANA, para plantear algunas reflexiones sobre un tema que, aunque presumo que no sea del interés de la mayoría, sí resulta insoslayable en cualquier planteamiento moderno y actual sobre la atención sanitaria en el nivel de Atención Primaria.

Me refiero al tema de lo psicosocial. Su uso, básicamente terminológico, está tomando fuerza entre médicos, enfermeras y trabajadores sociales que lo están incorporando a sus propios discursos. La referencia a lo psicosocial se realiza en dos sentidos: uno teórico, para intentar conceptualizar demandas y problemas no estrictamente médicos, y otro técnico, para describir métodos de trabajo no clínicos.

Pero este uso también suele conllevar abusos: el recurso a lo psicosocial a veces se vulgariza, se nombra para intentar poseerlo, se habla de ello y se presupone que se lo conoce, aunque luego se observa que no hay profundidad, que se utiliza como cajón de sastre donde poner mucho de lo que "no entra" en un enfoque tradicional y rígido de la actividad sanitaria.

LO PSICOSOCIAL COMO ENFOQUE TEÓRICO

Lo psicosocial es un campo de trabajo y de pensamiento en el que participan distintos profesionales, no sólo psicólogos sociales. Los niveles de implicación de estos profesionales respecto al tema es desigual. Para unos es el objeto directo de trabajo, para otros es el escenario de fondo donde se desarrollan los problemas objeto de atención sanitaria.

Lo psicosocial es la consideración de la persona en toda su amplitud^{1,2}. Es la consideración de la persona formando parte de un grupo y sabiendo que esta pertenencia e inserción grupal y social es indisociable de su identidad.

Lo psicosocial es pensar y creer que los problemas y las enfermedades son individuales pero también grupales. Es pensar que el grupo (la dinámica grupal, la tensión social) puede enfermar a las personas y que también las puede mejorar.

Lo psicosocial es evaluar la salud del individuo en su relación con los otros y con las tareas que realiza³.

El enfoque psicosocial ayuda a situar los problemas de salud en su complejidad y multicausalidad. Es pues, un buen apoyo referencial para el profesional de Atención Primaria.

... LO PSICOSOCIAL ES EVALUAR LA SALUD DEL INDIVIDUO EN SU RELACIÓN CON LOS OTROS Y CON LAS TAREAS QUE REALIZA ...

Es un enfoque diferente al enfoque biomédico. La realidad humana de la que se ocupan ambos enfoques es muy distinta. El profesional que trabaja con una perspectiva psicosocial contempla al individuo, al paciente, como persona (social), como sujeto que piensa, siente y actúa.

Por eso, le otorga mayor espacio y poder en la relación asistencial. Las situaciones de dependencia, salvo excepciones y momentos concretos, no las ve como necesarias para el desarrollo de su tarea. Su función tiene algo de educativa, ya que facilita y promueve en los pacientes una posición activa frente a sus problemas. Piensa la relación asistencial como un espacio de aprendizaje donde el paciente vaya logrando mayor conocimiento de sí mismo, mayor conciencia de sus dificultades y problemas y, en consecuencia, varíe su mirada y su relación con su cuerpo, con sus enfermedades y con los procesos de somatización de los conflictos... El profesional que se rige únicamente por un enfoque biomédico piensa estas cuestiones de otra manera, cuando las piensa.

NECESIDADES FORMATIVAS

Un enfoque teórico, para poder ser aplicado en el sector de realidad del que se ocupa, necesita de métodos y técnicas de trabajo acordes y coherentes con ese enfoque.

Si bien en Atención Primaria, cada vez se generaliza más una manera psicosocial de ver la relación asistencial, existe una ausencia, un vacío significativo de formación en este tema. No se

manejan conceptos ni métodos psicosociales. Nos movemos básicamente con criterios del sentido común (que por cierto, tiene mucho de psicosocial).

Las actividades y actitudes docentes en estas cuestiones, en su insuficiencia, no se corresponden con la impor-

tancia del tema, teniendo además en cuenta que nos estamos refiriendo a áreas y temas de trabajo novedosos e innovadores, por lo que necesitan mayor apoyo para que se vayan asentando, a diferencia de otros temas más institucionalizados.

Formarse y adquirir métodos de trabajo psicosociales, y contar con el apoyo institucional y del equipo para aplicarlos, resultan condiciones básicas para que la perspectiva psicosocial no se piense como algo utópico sino como proyectos concretos de trabajo⁴.

EL GRUPO COMO MÉTODO PSICOSOCIAL

El grupo, lo grupal mantiene con la psicología social una doble relación. Es uno de sus objetos de estudio: la grupalidad, el ser social. Pero también es uno de sus métodos más privilegiados. Es objeto y método⁵.

La mejor manera de “extraer lo psicosocial” es a través del grupo. Pero no por hacer grupos estamos en un pensamiento psicosocial. También aquí existe un uso y un mal uso.

Un buen esquema de trabajo grupal se basa en la certeza de que todo grupo es grupo en función de la tarea que lo constituye y da sentido. Se basa en la certeza de que el trabajo de grupo requiere de una figura, de un rol, el de coordinador, que vaya mostrando al grupo sus formas de enfrentar las dificultades y resistencias, y que facilite su evolución.

La noción de tarea que contempla el esquema grupal es una noción compleja y dialéctica. El grupo avanza en la medida que afronta las dificultades, no cuando las rechaza.

Su nivel de operatividad está marcado por las síntesis que el grupo va realizando, no como ocurre en otros pensamientos y técnicas donde la operatividad está orientada por las disociaciones y separaciones entre las partes o por la negación de las dificultades.

El grupo ayuda a que las personas

cambien. Su poder es de aprendizaje pero también terapéutico. O mejor dicho, lo terapéutico está incluido en la concepción que tiene del aprendizaje⁶.

Esta potencialidad terapéutica de lo grupal, produce en algunos profesionales un efecto paradójico: en lugar de acercarse y aprovechar esta potencialidad, ponen tierra por medio y desconfían de estas técnicas de trabajo. Lo sienten como amenazante, como algo que subvierte su manera habitual de pensar y que además no se ve claramente su utilidad y efectividad.

Estas actitudes resistenciales y defensivas posiblemente hayan tenido su razón de ser en los inicios de la inserción de los temas grupales en Atención Prima-

ria y del trabajo social, que son los más reclamados desde la institución, a realizar tareas grupales de educación para la salud.

PRÁCTICAS GRUPALES

Poco a poco van apareciendo, en revistas y documentos de trabajo, testimonios del desarrollo de los grupos en Atención Primaria⁷⁻⁹.

En este artículo voy a referirme a algunas experiencias que estamos realizando en el área 4 del Insalud, en Madrid, e intentaré mostrar, a través de ejemplos concretos, esa relación tan necesaria e “inevitable” del grupo y lo psicosocial, tal y como he planteado en los epígrafes anteriores.

... EL GRUPO, LO GRUPAL MANTIENE CON LA PSICOLOGÍA SOCIAL UNA DOBLE RELACIÓN. ES UNO DE SUS OBJETOS DE ESTUDIO: LA GRUPALIDAD, EL SER SOCIAL. PERO TAMBIÉN ES UNO DE SUS MÉTODOS MÁS PRIVILEGIADOS. ES OBJETO Y MÉTODO ...

ria a comienzos de los años ochenta, cuando los esquemas de trabajo grupal eran directamente “transportados” desde ámbitos psiquiátrico-psicológicos a la Atención Primaria, sin ningún tipo de ajuste metodológico que los hiciera más aplicables, efectivos y por lo tanto, atractivos.

Pero desde esos comienzos hasta ahora se han dado avances significativos. Se han ideado y experimentado formas y encuadres de trabajo que muestran que, en Atención Primaria, se puede ir más allá de un esquema basado en la “charla participativa”, donde el profesional sigue ocupando demasiado espacio y está muy presente en la discusión grupal con sus indicaciones, consejos y orientaciones.

Experiencias como las que describiré a continuación, muestran que se puede avanzar y pasar de dirigir “situaciones grupales” (la charla) a coordinar “procesos grupales”. Es uno de los desafíos actuales en la Atención Primaria, sobre todo para los profesionales de la

En el Centro de Orientación Familiar, que es una Unidad de Apoyo en Atención Primaria, existe desde hace diez años la consulta psicosocial (llevada a cabo por una trabajadora social especializada en sexología –María Martín-Menasalvas–, y un psicólogo), donde atendemos principalmente a parejas, a hombres y mujeres de todas las edades, que buscan en el profesional escucha, apoyo y alivio para sus sufrimientos y conflictos en las relaciones de pareja, familiares, o debido a dificultades sexuales.

Los problemas que traen pertenecen al vivir cotidiano. No suelen ser episódicos, sino estructurales. Acompañan un buen trecho en la vida de las personas e inciden de manera directa e indirecta en el estado de salud y bienestar general.

En algunos casos estos problemas son producto de la ignorancia, de la falta de ideas o recursos personales para afrontarlos. Su abordaje en entrevistas individuales o de pareja, según las situaciones,



ayuda a restablecer el bienestar perdido. En otros casos, la dimensión de los problemas lleva al individuo a una revisión y un cuestionamiento de aspectos centrales de sí mismo y de su relación con los otros, y requieren de otro tipo de abordaje más coherente con la complejidad de lo planteado. Es en estos casos que el trabajo grupal está indicado.

En estos diez años, los encuadres grupales han ido evolucionando en función de la observación y evaluaciones realizadas. En una primera etapa trabajamos con grupos de mujeres¹⁰ y, excepcionalmente con grupos de varones. En una segunda etapa, que es la actual, trabajamos con grupos mixtos (hombres y mujeres no parejas) y con grupos de parejas. Cada uno de estos grupos ha tenido una duración mínima de un año con una frecuencia quincenal en las sesiones y dos horas cada sesión. En total, los grupos realizados hasta la fecha han sido veinte, con un número de participantes en torno a las doscientas personas.

... HEMOS COMPROBADO CÓMO EL GRUPO AYUDA A RESTABLECER UNA IDENTIDAD PERDIDA O DAÑADA, LES AYUDA A "REENCONTRARSE", AL MISMO TIEMPO QUE PERMITE Y SOSTIENE LA EXPRESIÓN DE LA ANGUSTIA Y SUFRIMIENTO DE CADA UNO DE ELLOS ...

En el Centro de Salud Monovar comenzamos hace cuatro años, a trabajar con pacientes diabéticos y sus familiares, como experiencia de pilotaje antes de elaborar un protocolo de actuación¹¹.

En sus inicios, el equipo coordinador estaba compuesto por dos enfermeras –Carmen Martín y Manuela Medina– y un psicólogo. Actualmente, la mayoría de los profesionales de enfermería y de trabajo social de este Centro, llevan a cabo tareas de coordinación y observación grupal.

Los encuadres grupales realizados han sido:

- Grupo de diabéticos (incluidos familiares). Son grupos de ocho sesiones repartidas semanalmente o quincenalmente, y con una duración de hora y media cada sesión.

- Grupo de cuidadores. Tienen una duración de seis meses, con sesiones quincenales de dos horas cada una.

Hasta la fecha, han sido trece los grupos realizados con un número de participantes en torno a las ciento treinta personas.

En el grupo de diabéticos se busca que el integrante adquiera un aumento de conocimientos sobre la enfermedad

y sus cuidados, un compartir y expresar las vivencias profundas, al mismo tiempo que va experimentando en la práctica otra manera de relación asistencial, una relación paciente-profesional en el

seno de la dinámica grupal, que va a producir la ruptura del estereotipo central: la dependencia respecto al profesional y la pasividad y desresponsabilización frente a la enfermedad¹².

En el grupo de cuidadores se incide especialmente en que el espacio grupal sirva para valorar y positivizar aspectos del cuidador que ha ido dejando o perdiendo en el desarrollo de su tarea de cuidar. El grupo "empuja" a cada integrante a realizar nuevas síntesis de los aspectos disociados de su persona. El cuidar a un familiar enfermo produce un desgaste físico y psíquico, así como un aislamiento significativo de lo social. Hemos comprobado cómo el grupo ayuda a restablecer una identidad perdida o dañada, les ayuda a "reencontrarse", al mismo tiempo que permite y sostiene la expresión de la angustia y sufrimiento de cada uno de ellos¹³.

EVALUACIÓN Y EFECTOS DEL PROCESO GRUPAL

Estas experiencias grupales están siendo realizadas tomando como metodología básica el grupo operativo¹⁴. Pero no se trata del método "puro y ortodoxo". A lo largo de estos años hemos ido incorporando nuevos elementos, sobre todo técnicas educativas grupales y recursos teórico-prácticos provenientes del campo de la sexología, así como aportes de la programación por objetivos.

Con estas revisiones, sobre todo de orden técnico, hemos ido construyendo unas formas de trabajo grupal posibles y útiles, tanto para los pacientes como para los profesionales.

De su posibilidad da prueba el hecho de que han sido realizadas, de que los encuadres se han cumplido.

Respecto a la utilidad, hay que remitirse a los logros obtenidos, de los que señalaré los más significativos y de carácter general:

- Prácticamente la totalidad de los pacientes y familiares que han participado en los grupos, han muestra-

... TRABAJANDO SOBRE LOS ASPECTOS MÁS GRUPALES Y DE SOCIABILIDAD DE LAS PERSONAS, ESTAMOS INTERVINIENDO SOBRE UNO DE LOS NÚCLEOS CENTRALES DE LOS PROCESOS DE SALUD Y ENFERMEDAD ...

do su agradecimiento y satisfacción por la experiencia realizada. Algunos han definido la experiencia como "otro tipo de medicina".

- Estos nuevos espacios de trabajo generan análisis y reflexiones en los integrantes, que les acercan a una idea más global de su propia salud. Existen temas universales y que se trabajan en todos los grupos, más allá de su tarea específica. Estos son: las relaciones familiares, las relaciones hombre-mujer, la sexualidad, la ansiedad y la depresión como emociones y estados cotidianos, los hábitos de vida en términos de salud, las vivencias sobre el enfermar,... y sobre la muerte. Son temas, preocupaciones y problemas que habitualmente no pueden ser planteados en la consulta, a no ser que se tenga la suerte de encontrarse con un médico que crea que su rol también tiene una función psicoterapéutica y sepa escuchar el malestar del otro.
- En estos grupos se aprende a estar en un grupo. Mejora la participación en lo social, la relación con los otros. Se aprende sobre el apoyo mutuo, sobre la solidaridad, sobre la expresión de ideas y sentimientos, sobre las diferencias entre las personas. Resulta evidente y fácilmente medible el poder de socialización del grupo. La persona sale "más sociable" de como entró. Este logro va a ser uno de los resultados terapéuticos que más solidez alcanza con el trabajo grupal. Trabajando sobre los aspectos más grupales y de sociabilidad de las personas, estamos interviniendo sobre uno de los núcleos centrales de los procesos de salud y enfermedad.

- Al mismo tiempo que se trabaja sobre el ser social, el grupo permite y facilita la maduración psíquica del individuo respecto a sus problemas y enfermedades.

El grupo es un poderoso antídoto para la dependencia con el profesional. Esta relación varía con el grupo. El trabajo en común y el hacerse cargo cada uno de la parte que le corresponde en el proceso grupal, ayuda a construir una especie de "yo maduro", otro tipo de paciente que, en los encuentros futuros, nos planteará las demandas de una manera distinta. El paciente ya puede hablar consigo mismo y también con otros sobre sus dificultades. La relación de dependencia con el profesional pierde bastante de su sentido.

A partir de la experiencia grupal, paciente y profesional dialogarán de manera distinta sobre los problemas del primero.

- En los grupos, las deserciones y abandonos son prácticamente inexistentes. El individuo forma parte del grupo y el grupo está incorporado en el individuo. Es protagonista de su propio tratamiento y esto aumenta el interés en asistir a las sesiones.
- En los grupos se da una disminución bastante significativa del uso de medicamentos, sobre todo de ansiolíticos.
- El profesional también aprende... y cambia. Aprende a confiar en los pacientes, aprende a valorar el poder terapéutico de la dinámica grupal. Aprende a estar callado, a que su palabra no siempre es indispensable ni bien recibida. Aprende a trabajar realmente en equipo. Aprende, a través de suti-

les o groseros procesos de identificación con el grupo, a pensar sobre sí mismo y a incorporar este aprendizaje en su rol profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mead GH. Espiritu, persona y sociedad. Barcelona: Paidós, 1982.
2. Lewin K. La teoría del campo en la ciencia social. Barcelona: Paidós, 1988.
3. Pichón Riviére E. La noción de tarea en psiquiatría. En: Pichón Riviére E, ed. El proceso grupal. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975; 33-36.
4. Irazábal E. La formación y el compromiso profesional. Aprendizajes defensivos. *Area* 3 1995; 3:12-14.
5. Bauleo A. Psicología social y grupo. En: Bauleo A, ed. "Contrainstitución y grupos". Madrid: Fundamentos, 1977; 29-73.
6. Baz M. Reflexiones sobre la didáctica grupal. En: Bauleo A, Duro JC, Vignale R, eds. La concepción operativa de grupo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990; 203-221.
7. Tizón JL, Recasens JM. Experiencias grupales en Atención Primaria de salud. En: Avila A, García de la Hoz A, eds. Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental. Madrid: Quipú, 1994; 11-49.
8. Proyecto de educación para la salud con personas cuidadoras. Documento de Trabajo. Centro de Salud de Chantrea. Pamplona, 1994.
9. Irazábal E. La formación grupal la Atención Primaria de salud. *Area* 3 1994; 0: 19-26.
10. Martín Menasalvas M, Irazábal E. La mujer, la casa y el grupo. *Eslabón* 1990; 8: 7-9.
11. INSALUD, Area 4. Educación a grupos de diabéticos tipo II. Protocolo. Madrid: INSALUD, 1995.
12. Martín C, Medina M, Irazábal E. El grupo operativo como método de aprendizaje en pacientes diabéticos. En: CAM, ed. Ayuda mutua y salud (2). Madrid: CAM, 1995; 49-51.
13. Martín C, Medina M, Irazábal E. ¿Quién cuida al cuidador?. *Barbacana* 1996; 16-17.
14. Bleger J. Grupos operativos en la enseñanza. En: Bleger J, ed. Temas de Psicología. Buenos Aires: Nueva Visión, 1985; 55-86. ■

EL ARTE DE VIVIR Y LA SALUD

Ezequiel Ander-Egg

Sociólogo y economista. Profesor de Sociología de la Educación en la Universidad de Mendoza (Argentina).
Consultor de las Naciones Unidas en Planificación Nacional y Local.

Al ser invitado a escribir en la revista HUMANA en el número que tiene como tema central los comportamientos, la salud positiva... y alternativas prácticas al modelo bio-médico de enfermedad, y siendo esta invitación en mi carácter de profesional de las ciencias sociales, pensé inicialmente que mi trabajo podría centrarse en un análisis de las interacciones que se producen entre variables biomédicas y factores psico-socio-antropológicos, dentro «de un marco de integración sistémico y de relaciones de intercambio», como bien lo ha planteado el equipo de la revista.

En las últimas décadas se han realizado una serie de estudios que ponen de relieve que los determinantes biológicos de la salud están muy lejos de ser los más importantes. El Informe de Lalonde¹ ha sido pionero en este sentido. En el casi cuarto de siglo posterior a su publicación han aparecido otras investigaciones sobre los determinantes del estado de salud que han puesto de relieve el escepticismo existente acerca de «la capacidad del modelo bio-médico vigente para mejorar la salud». Para decirlo con más rigor y precisión científica, preferiría hablar de las limitaciones del modelo bio-médico, puesto que ha demostrado tener capacidades.

La sociología de la salud, que tiene sus comienzos en los años treinta, ha orientado su preocupación hacia el estudio de los factores socioculturales que inciden en la salud humana. Después de Alma-Ata y el desarrollo de los programas de Atención Primaria de Salud, la sociología pudo haber tenido un papel relativamente significativo para lograr comunidades autogestivas en materia de salud, pero no fue así. Los estudios sobre las causas sociales y políticas de la enfermedad y las críticas a los sistemas sanitarios altamente curativos y medicalizados han sido algunas de las escasas contribuciones de la sociología en una línea investigadora que puede servir a la superación del modelo bio-médico. Pero estos estudios se circunscribieron a aspectos relacionados con la salud negativa, que poco o nada dicen de los factores socioculturales que contribuyen a que la gente goce de buena salud, y quienes escriben sobre estos temas no lo hacen como resultado de investigaciones sociológicas.

Por su parte, la psicología –en particular la psicología humanista–, ha hecho aportaciones de otra naturaleza que han contribuido a que se tenga una comprensión más total, tanto de la persona enferma, como de la persona sana y de los factores individuales que ayudan a la salud. Todavía no se ha «traducido» suficientemente a la práctica, lo que la psicología transpersonal podría contribuir a la comprensión de la persona, más allá de lo biológico. O dicho en otras palabras: a estudiar la salud positiva.

Dentro de la línea de investigación y búsqueda de la salud positiva propuesta por el Comité de la Revista, como forma de posesión o apropiación por parte del ser humano para utilizar las capacidades y potencialidades existentes en él, para atender su salud, quisiera destacar algo acaecido en los primeros meses de 1997 en muchos países del mundo. A mi entender, es como un síntoma de cierta sensibilidad y sintonía que existe en amplios sectores de la población, para hacerse eco de esta problemática. Se trata del libro de Daniel Goleman –*La inteligencia emocional*–, que durante meses ha sido el libro más vendido, un auténtico *best-seller*. Este autor explica –entre otras cosas– la relevancia clínica de las emociones (ira, ansiedad, depresión), ilustrando con casos concretos en qué medida la tendencia al enfado es un factor de riesgo como el fumar, el nivel elevado de tensión arterial o el índice de colesterol en la sangre: «La ansiedad, el nerviosismo y la irritabilidad son factores que ponen de manifiesto la estrecha relación existente entre las emociones y la enfermedad del corazón»². La relación entre el estrés y la enfermedad compromete, no sólo la función inmunológica, sino que tiene efectos negativos sobre el sistema

cardiovascular y el sistema digestivo. (¿Quién no ha tenido un proceso diarreico en vísperas de exámenes?). Goleman examina también el costo médico de la depresión que, según el estudio encargado por el Banco Mundial y publicado con posterioridad a su libro, será la segunda causa de muerte en el siglo XXI. Como lo intuyó Pascal hace siglos y lo explicó –entre otros– el filósofo español Carlos Gurméndez, recientemente fallecido: el corazón y el cerebro no son antitéticos. El corazón tiene razones que la razón no entiende, y el cerebro tiene emociones que el corazón no sabe.

He creído oportuno señalar de manera casi telegráfica estas circunstancias, porque ellas ponen de relieve la centralidad que adquiere en los umbrales del siglo XXI, tanto para la medicina como para las ciencias humanas, el tema central propuesto por la revista HUMANA. A lo anterior quisiera añadir un argumento adicional: me apoyo en los datos proporcionados por el megaestudio encargado por el Banco Mundial, en el que colaboró la Organización Mundial de la Salud, sobre la salud en el mundo. Este estudio, hecho público a finales de 1996, señala que la depresión –que ahora ocupa el cuarto lugar en el *ranking* de las principales causas de discapacidades y mortalidad–, ocupará el segundo lugar en el 2020. Estudios más recientes dentro de esta misma línea de investigación, señalan que el deterioro de la salud mental, psicosis y neurastenias, es decir, enfermedades no orgánicas, serán predominantes en el siglo XXI. Ya en 1997, la OMS nos proporcionó cifras alarmantes sobre enfermedades relacionadas con el sistema nervioso:

- casi 700 millones de hipertensos,
- 40 millones de epilépticos,
- 74 millones de dementes,
- 30 millones de adictos a estimulantes...

Ésta es una de las razones que, a mi entender, justifica la preocupación del equipo responsable de la revista HUMANA,

en cuanto a su propósito de sensibilizar acerca de un problema que es el tema central de este número: el tratamiento de las enfermedades o de la salud de las personas supone y exige trascender la realidad biológica del individuo. Las razones son hartamente conocidas: ni la salud, ni la enfermedad son algo separado de la persona, de cada persona en particular, con todo lo que tiene de singular e incanjeable. Ya es un lugar común decir «que no hay enfermedades sino personas enfermas»... Lo que me causa asombro es que, admitiéndose de manera generalizada que son las personas las que enferman, ¿por qué se suelen dar tratamientos iguales para iguales males, cuando cada persona enferma es una realidad singular?.

... EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES O DE LA SALUD DE LAS PERSONAS SUPONE Y EXIGE TRASCENDER LA REALIDAD BIOLÓGICA DEL INDIVIDUO ...

Volviendo a lo que se ha planteado acerca de la necesidad de trascender lo biológico en el tratamiento médico, en el mundo actual y de manera particular en los países desarrollados, es patente que la gente enferma (y enfermará más en el futuro) por causas que tienen su origen en lo psicológico y en el contexto sociocultural en el que desarrollan sus vidas: la psicopatología de la vida urbana, las enfermedades propias de la civilización post-industrial y los efectos del deterioro ambiental sobre la salud, son ya frentes de lucha para asegurar el cuidado de la salud.

UNA PRIMERA APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y DEL ENTORNO FÍSICO QUE INCIDEN EN LA SALUD

Conforme a la colaboración solicitada para escribir un artículo sobre la perspectiva de las ciencias humanas, acerca de los comportamientos, la salud posi-

va y la epidemiología de la salud, elaboré un trabajo utilizando dos estudios ya realizados: uno sobre psico-patología de las ciudades y otro sobre el deterioro del medio ambiente. Relacioné los resultados de estos estudios con los determinantes de la salud de carácter no biológico.

Al terminar el artículo descubrí que los análisis clásicos sobre el tema (incluyo mis trabajos) sólo se preocupan de los factores de riesgo epidemiológicos. En otras palabras, los limitados aportes que se pueden hacer desde las ciencias sociales, abordando los problemas desde esta perspectiva, sólo ayudan a ofrecer sugerencias para medidas de salud negativa, ya sea que analicemos la psicopatología de la vida urbana o que examinemos los

efectos del deterioro ambiental sobre la salud como consecuencia de la contaminación atmosférica, la contaminación acústica; de los problemas derivados de la basura y de las aguas escasas y contaminadas utilizadas para el consumo de las personas. A ello hemos de añadir las enfermedades y muertes producidas por el uso indiscriminado de plaguicidas, pesticidas y herbicidas y la utilización de ciertos aditivos que se emplean en los alimentos por razones puramente psicológico-comerciales (hacer atractivo el producto) pero que atentan contra la salud de los seres humanos. A ello añadimos los efectos dañinos de las lluvias ácidas, el deterioro de la capa de ozono y su incidencia en el cáncer de piel, las alteraciones del clima y otros factores que ponen de manifiesto hasta qué punto nuestra salud depende del entorno en que vivimos.

Señalo esta circunstancia de lo que fue mi versión inicial del artículo, porque al terminarlo y cotejarlo con lo que eran

los propósitos generales de los responsables científicos de la revista, descubro la insuficiencia de los análisis clásicos de la sociología de la salud, muy parecidos en sus limitaciones, *mutati mutandis*, a los análisis del modelo bio-médico. Los estudios se centran en lo «que es enfermo» y en «lo que enferma»; no en lo «que es sano» y en «lo que sana» (profundizaré esta cuestión un poco más adelante).

Teniendo en cuenta lo anterior y lo que ello supone de crítica a la medicina que se fundamenta en el modelo bio-médico, y siendo que he buscado durante casi medio siglo formas alternativas para el cuidado de la salud, no puedo dejar de reconocer que los avances científicos y tecnológicos de la medicina moderna son inconmensurables, y algunos de sus logros espectaculares... Pero, en medio de este paroxismo y deslumbramiento ante los asombrosos desarrollos de la medicina, hay profesionales que al utilizar todo este potencial de curación, actúan como ignorando a las personas concretas que se supone que son los destinatarios de tales hazañas científicas. Se las trata como un grumo de corporalidad molecular, compuesta de células, órganos, carne, músculos, huesos y sangre. Pero estas personas tienen también esperanzas y temores, ilusiones y sufrimientos; en algunas ocasiones da la impresión de que para muchos médicos eso no cuenta y, si cuenta, no es lo más significativo.

Para describirlo con otros términos: hay médicos que son capaces de utilizar el más sofisticado instrumental que la ciencia y la tecnología pone a disposición de su práctica profesional, pero en su relación con la gente actúan como tecnócratas químicamente puros, incoloros, inodoros e insípidos. Ignorantes o insensibles a los misterios del corazón humano y de sus dramas más profundos, como son el infortunio, la tristeza, la soledad y, sobre todo, la solemne e indubitable verdad de la muerte. Éstos –y otros sentimientos parecidos– pueden ser más decisivos para

... LOS ESTUDIOS SE CENTRAN EN LO «QUE ES ENFERMO» Y EN «LO QUE ENFERMA»; NO EN LO «QUE ES SANO» Y EN «LO QUE SANA» ...

la salud de las personas que los propios males orgánicos que sufren.

Contra estas limitaciones han reaccionado desde siempre los médicos humanistas y los médicos de familia, para quienes el vínculo o relación médico-paciente es una cuestión vital. Han comprendido lo que la psicología humanista ha pretendido formular de manera científica, pero que también conocemos con sólo observar la convivencia entre los seres humanos: saber descubrir el drama secreto de una vida, porque uno ha sabido escuchar con una comprensión empática, casi siempre es más importante para «curar» el mal de los otros, que hacer un buen «diagnóstico». La «escucha activa» tiene más relevancia y significado sobre el estado de ánimo de otra persona que el hacer «recetas» recurriendo a medicamentos que son el último descubrimiento de la industria farmacéutica.

Pero en el planteamiento de la cuestión que se ha propuesto tratar en este número de la revista se ha ido más lejos. En las líneas iniciales del documento de referencia se dice: «no sabemos casi nada sobre la salud, sobre las personas que no enferman nunca... No sabemos qué comen, cómo son sus familias, cuánto ejercicio hacen... La salud aparece como un enigma no totalmente resuelto».

Esta última frase, proveniente de un grupo de médicos capaces de una apertura, de un diálogo y de una búsqueda no convencional acerca de las formas de lograr una salud positiva, me animó a replantear lo que había escrito en este artículo, precisamente para responder –ya no como profesional de las ciencias sociales, sino como persona– a la cuestión inicialmente formulada: «no sabemos casi nada sobre la salud de las personas que no enferman nunca... Éste

es mi caso que, siendo casi septuagenario, no he enfermado nunca, al mismo tiempo que mantengo un horario de trabajo de lunes a sábado de 10 horas diarias y cada año viajo entre 100.000 y 160.000 kilómetros, por razones de trabajo. Además, he vivido todos estos años con un tono vital alto, sin sufrir ninguna depresión, aun en circunstancias harto difíciles. Soy un neurótico del trabajo, pero un neurótico divertido. Ahora bien, por las razones expuestas y por los propósitos que se pretenden en este número de la revista, he elaborado un trabajo estructurado en torno a tres grandes cuestiones:

- Explicitar desde mi concepción de las ciencias humanas, cuáles son los supuestos en que me apoyo para el análisis de los determinantes no biológicos de la salud.
- Explicar de manera sintética, desde un marco teórico referencial en el que mezclo la racionalidad de la ciencia occidental con la sabiduría de oriente, la reciprocidad de influencias que se dan en esa unidad indisoluble que es el cuerpo y lo psíquico/mental/espiritual, que tiene su existencia en un contexto sociocultural que le influye y condiciona.
- Describir lo que hago para cuidar la salud, vivir en plenitud (en el sentido de tener ganas y alegría de vivir) e intentar alcanzar larga vida.

1. Supuestos en que se apoya mi análisis de los determinantes no biológicos de la salud, realizado desde la perspectiva de las ciencias humanas

Obviamente, un análisis de esta naturaleza hecho por alguien que cultiva las ciencias humanas, tiene todas las limi-

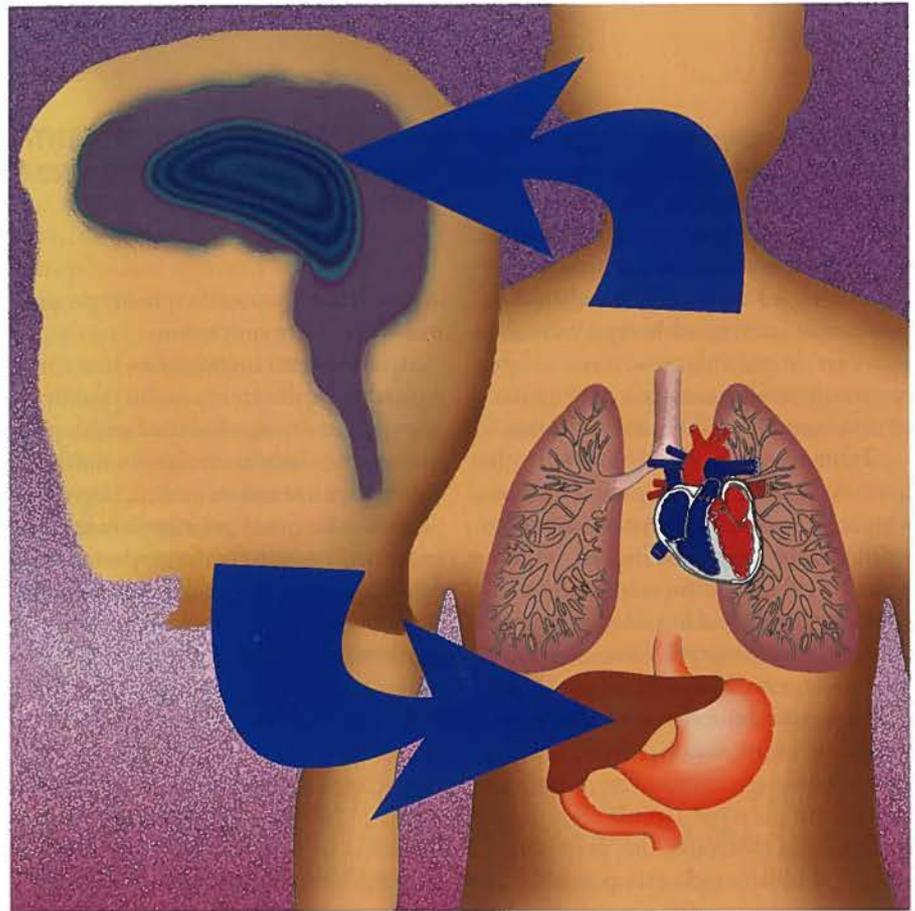
taciones provenientes de sus insuficientes conocimientos médicos. Por otro lado, mi perspectiva teórica no es la única posible; hay otras igualmente aceptables desde el punto de vista de las exigencias del método científico... Con estas limitaciones presentamos los supuestos en que se apoya el análisis de los determinantes no biológicos de la salud.

Nuestro primer supuesto parte del individuo mismo, y puede formularse de la siguiente manera: en la medida en que somos parte del reino animal, existimos en una materia definida y concreta que hemos de llamar, según la expresión acuñada por Humberto Maturana, «nuestra corporalidad molecular»³. «Nuestro cuerpo, por otra parte —como dice Pedro Laín Entralgo en su teoría del cuerpo humano—, es la única certidumbre que tenemos de que existimos»⁴. A partir de esta certidumbre, que parece una pergrullada, estructuramos nuestro análisis... En el principio es el cuerpo (no el verbo); con él traspasamos el umbral que nos interna en el mundo y, durante toda nuestra vida, es el soporte o sustentador de nuestra existencia.

Esta corporalidad que constituye cada uno de nosotros, existe influenciada por lo psíquico, lo mental y lo espiritual; al mismo tiempo, nuestra corporalidad condiciona el modo de expresarse a lo psíquico, lo mental y lo espiritual. Hay en cada ser humano estas dos dimensiones que se dan en una unidad esencial, como procesos entrelazados no

... NO SABEMOS APROVECHAR LO QUE EL CEREBRO PUEDE INFLUIR EN EL CUERPO Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE CADA UNO DE NOSOTROS ...

dicotómicos, en los que existe una reciprocidad de influencias sin divorcio posible. Sin el cuerpo no hay pensamiento ni sentimiento. Cuando el cerebro está privado de sensaciones corporales, como son los casos de lesiones graves de la espina dorsal, esta circunstancia afecta



al cerebro. No es extraño que los cuádruplégicos se describan a sí mismos como carentes de emociones.

Cuerpo y mente son dos dominios de realidad y de existencia que se intersectan en la realidad única e incanjeable de cada ser humano. ¿Dónde?... Pues en la parte menos conocida de nuestro cuerpo que, cuanto más lo conocemos, más nos asombra y más perplejos nos deja: nuestro cerebro. Apenas lo cono-

ce y no hemos aprendido lo suficiente para aprovechar todas sus potencialidades y, como aspecto particular que interesa dentro de la temática de este artículo, quisiera destacar que no sabemos aprovechar lo que el cerebro puede influir en el cuerpo y mejorar la cali-

dad de vida de cada uno de nosotros. Esto no significa que uno enferme o se cure porque quiere (aunque en esto haya un porciúnculo de verdad). Sólo afirmamos que la mente, el pensamiento, puede influir en el comportamiento del cuerpo. El cerebro puede generar señales internamente desde la amígdala y la corteza prefrontal y puede enviarlas directamente a la corteza somatosensorial y, de este modo, influir en el comportamiento del cuerpo.

A partir de estos dos supuestos, podemos desarrollar todo un análisis referente, no sólo a la relación mente-cuerpo y al recíproco condicionamiento en cuanto a la forma de expresarse, sino también todo lo relativo al modo de atender a la salud positiva, más allá del tratamiento bio-médico.

Todo esto me parece evidente en cuanto al conocimiento psico-socio-antropológico del ser humano del que hoy podemos disponer, y creo que tam-

bién lo es para los médicos humanistas que incorporan a sus conocimientos médicos la dimensión antes indicada. Los artículos de Antonio Lobo y Carmen Montrón en el segundo número de la revista son bien ilustrativos a este respecto... Sin embargo, una simple mirada y constatación sociológica de lo que es la práctica médica y sobre lo que la gente hace (o deja de hacer) para curar la enfermedad o cuidar la salud, creo que nos revela que se está muy lejos de aplicar este conocimiento básico que tenemos del ser humano. No es extraño, entonces, que cuando un grupo de médicos (como es el caso del equipo de la revista HUMANA) invitan a una reflexión colectiva para trascender el modelo bio-médico tradicional, dediquen un número de la revista a la medicina psicósomática, recordando la unidad del ser humano y la necesidad de comprender «la enfermedad dentro de los varios niveles de realidad: biológico, psicológico y social», como nos dice Yolanda Jarabo en la apertura misma de esta aventura intelectual que es la revista.

Esta tridimensionalidad que configura la estructura y la dinámica de toda persona ha sido formulada de manera más o menos parecida por diferentes autores y desde diferentes disciplinas. En psicología es conocida la clasificación que hizo Erikson⁵ de los diferentes órdenes en los que viven los seres humanos: el orden somático (realidad biológica), el orden personal (realidad psicológica) y el orden social (realidad sociocultural). En el campo de la medicina, Engel⁶ ha presentado el modelo psico-bio-social para describir los niveles de organización que existen en las personas. Señala cuatro (tres de ellos coincidentes con la clasificación de Erikson): el nivel social (biosfera, sociedad, comunidad, familia y pareja), el nivel psicológico (la persona), el nivel biológico (sistema nervioso, órganos, células, moléculas) y el nivel físico (átomos y partículas subatómicas).

2. La acción e influencia recíproca que se da en esa unidad indisoluble que es el cuerpo y lo psíquico/mental/espiritual

El cuerpo no es la jaula o cáscara material de nuestro espíritu, como algunos afirman. El espíritu se expresa según está el cuerpo y éste existe en su cotidianidad, condicionado por la energía del espíritu. Ni el cuerpo existe sin el espíritu, ni el espíritu existe sin el cuerpo. Se trata de dos dimensiones o aspectos claramente diferenciables desde el punto de vista analítico, pero indivisibles en la realidad de nuestra corporalidad molecular.

En el pensamiento occidental estos dos aspectos se presentan como ámbitos excluyentes. El dualismo platónico incorporado a la reflexión teológica y, de manera más especial a la moral desde hace dieciséis siglos por San Agustín, llevó a este modo de pensar dicotómico, que distingue y separa el alma del cuer-

po y desafío para investigar, pero, sobre todo, para la práctica del cuidado de la salud, mediante la armonía entre cuerpo y mente. Digamos, de paso, que los orientales han avanzado más que nosotros en occidente, aunque haya muchos productos *for export* que son puro «cuento chino».

Volviendo al tema de la reciprocidad de influencias cuerpo-mente, es fácil constatar la gran variedad de formas en que estas influencias se expresan. Quizá la más conocida —es un lugar común hablar de ello— es todo lo referente a las somatizaciones como fenómeno clínico (sentirse mal o enfermo, sin que haya una base orgánica reconocible). En medicina es, quizá, lo que mejor pone de relieve la influencia de lo psíquico en lo corporal. Se trata de un hecho frecuente, con incidencia a nivel personal y con repercusiones en el costo del sistema sanitario, como lo han puesto de relieve Smith, Monson y Ray⁷. Aunque el estudio es sobre la realidad nortea-

... LA INFLUENCIA RECÍPROCA ENTRE EL CUERPO Y LO PSÍQUICO/MENTAL/ESPIRITUAL ES ADMITIDA DE MANERA BASTANTE GENERALIZADA ...

po, considerando el cuerpo como lo malo y lo valioso el alma (que no es lo equivalente a lo espiritual, lo psíquico o lo mental, tal como lo venimos tratando). Este dualismo que contrapone espíritu y cuerpo como principios irreductibles, expresa un estilo de pensamiento que todavía hoy subyace condicionando el modo de abordar los problemas del ser humano en diferentes campos profesionales.

La influencia recíproca entre el cuerpo y lo psíquico/mental/espiritual es admitida de manera bastante generalizada; cómo es esa influencia se conoce menos, y aplicar este conocimiento —especialmente para el cuidado del cuerpo y para tener un tono vital alto— es algo muy raro... Aquí existe un amplio cam-

mericana, sus resultados (con los ajustes pertinentes), pueden aplicarse a otros países. Los pacientes con trastornos de somatización —se dice en el estudio— producen al sistema de salud nueve veces más gastos que los pacientes «normales».

Todo lo que la nosología médica comprende bajo el epígrafe de somatizaciones es una cuestión que interesa al sistema sanitario en su conjunto y a cada una de las personas en particular que tiene este tipo de dolencias y problemas. Pienso —aunque no estoy del todo seguro— que hay muchos sufrimientos evitables si conociéramos algo más de los determinantes no biológicos de la salud y la enfermedad; pero, sobre todo, si aplicásemos lo que ya conocemos sobre este tema. Una educación para la salud en la

línea de lo que estamos tratando podría tener un efecto de gran alcance en la disminución del costo de los servicios médicos y ayudaría –a nivel personal– a vivir mejor.

Por el contrario, una alteración somática (por ejemplo, cuando el hígado no funciona bien o una simple gripe) influye negativamente en nuestra capacidad de realizar un trabajo intelectual más o menos intenso y en la capacidad de expresar nuestros sentimientos y emociones más profundos y elevados.

Otro aspecto de esta íntima conexión cuerpo-mente se expresa en la correlación existente entre el sistema inmunológico y el sistema nervioso, a través de miles de conexiones biológicas relacionadas con la mente y el cuerpo. Es bien sabido que cuando una persona está bajo los efectos de una fuerte tensión, disminuye sensiblemente su fortaleza inmunológica, hasta el punto de poder lesionar el mismo cerebro, incluyendo lesiones del hipocampo, aumenta su vulnerabilidad a las infecciones, se agravan los ataques de asma, aumentan las posibilidades de sufrir infarto de miocardio, y otra larga lista de consecuencias derivadas del estado psicológico. Durante siglos –si mi información no es incorrecta– cerebro y sistema inmunológico se consideraron como entidades independientes. Pero en esto se ha producido un cambio muy profundo, hasta el punto de que algunos médicos, cuyas opiniones he podido recoger, consideran a la psiconeuroinmunología como una ciencia punta en el campo de la medicina.

3. Cómo agregar años a la vida y vida a los años

Una mayor duración de la vida (aumento de la vida media y de la esperanza de vida, como dicen los demógrafos) es un hecho generalizado en casi todo el mundo. *Se agregan años a la vida*; éste es un logro y un éxito que se puede exhibir gracias a los avances

médico-sanitarios y sus efectos positivos sobre la salud pública y el mejoramiento de la salud a nivel personal. Lo que no se ha logrado de una manera generalizada –y no sería justo responsabilizar de ello exclusivamente a la medicina y a los médicos– es *agregar vida a los años*, entendido esto como forma de mejorar la calidad de vida. Esta mejora no consiste en tener más cosas, sino en ser más persona; ser más felices, alegres, activos, participativos, solidarios... La ciencia nos ha permitido alargar la vida; nos ha faltado con frecuencia la sabiduría para mejorarla, para disfrutarla, sin caer en el consumismo que nos aliena.

Esto es lo que he intentado –sigo intentando– en una búsqueda que no cesa y que no terminará mientras dure mi existencia. Procuraré explicar muy brevemente, no una fórmula para la buena salud y la larga vida, sino lo que hago como parte de mi aprendizaje sobre el arte de vivir.

Desde 1953 he recorrido ya un largo camino de búsqueda. Esta búsqueda no ha tenido como preocupación central una larga vida, sino una cuestión más total y global: simplemente *aprender a*

... LA CIENCIA NOS HA PERMITIDO ALARGAR LA VIDA; NOS HA FALTADO CON FRECUENCIA LA SABIDURÍA PARA MEJORARLA, PARA DISFRUTARLA, SIN CAER EN EL CONSUMISMO QUE NOS ALIENA ...

vivir. Vivir es un hecho perogrullesco; saber vivir es un hecho raro.

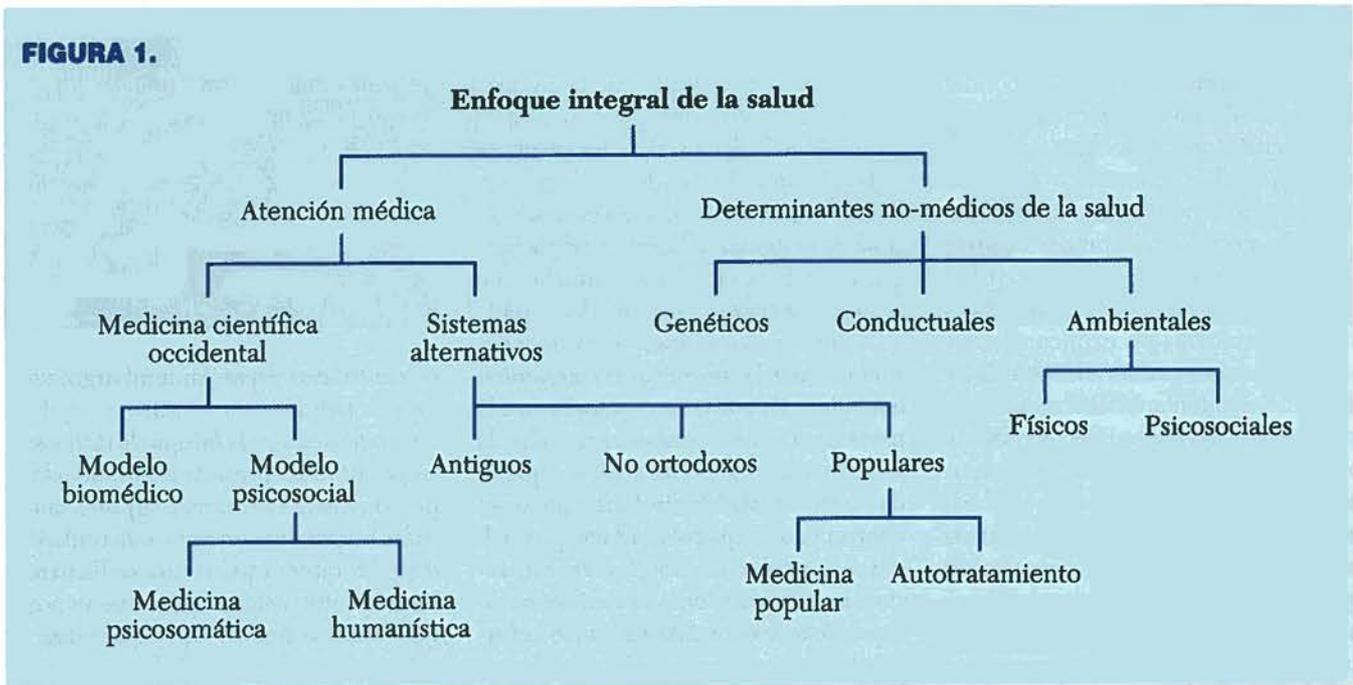
A lo largo de 45 años he ido incorporando enseñanzas y experiencias muy diversas. Su inicio, que fue el despertar de esta inquietud, fue el contacto con un sacerdote español –Florentino Ezcurra–, enviado a la ciudad donde yo vivía (Mendoza, la más bella de Argentina), para que muriera, desahuciado por quienes lo habían atendido. Sin embargo, un médico español, naturista, lo recuperó, hasta el punto de que

vivió hasta hace poco tiempo, sobrepasando los 90 años y trabajando hasta los últimos meses de su vida llevando a cabo una acción pastoral/apostólica muy intensa. Luego, con el naturista chileno Lasaeta Charán –cuya acción se extendió por toda América latina– aprendí (y lo he aplicado siempre) la importancia de la buena circulación de la sangre, el buen funcionamiento del intestino y, sobre todo, la curación por medio de la misma alimentación («que tu alimento sea tu remedio», como decía Hipócrates). Más de treinta años después de haber conocido e incorporado a mi vida esos consejos de Lasaeta Charán, estudiando el taoísmo, en un médico chino del siglo X, Chany Tsung-Cheng, encontré formulados estos principios: «todos los médicos saben que la libre circulación de la sangre es el factor más importante para la salud. Pero si el estómago y los intestinos están bloqueados, entonces la sangre y la energía se estancan».

Recogí luego parte de la experiencia y la sabiduría de los indígenas mayas con quienes conviví, especialmente la curación mediante el uso de yerbas, lo que también aprendí de muchos campesinos

de mi patria latinoamericana. Ya con una fundamentación científica aprendí muchas cosas de la gerontóloga rumana, la doctora Ana Aslan; luego incorporé elementos de la eutonía a través de Gerda Alexander, en cuanto a la forma de tener y mantener un tono vital alto, a través de las experiencias que hicimos con Patricia Stokoe (reconocida maestra de lo que ella llamó la senso-percepción), para enseñar a la gente a liberar las taras y traumas que tenemos en un cuerpo que ni conocemos, ni culti-

FIGURA 1.



vamos. Ahí integramos –en un trabajo que quedó truncado con la muerte de Patricia– la reflexología holística, la kinesiopsicosomática, la relajación y la bioenergética.

Incorporé a mi «tratamiento» para el cuidado de la salud el *t'ai chi chuan* y otros aspectos conexos de la sabiduría china, para ser más precisos, del taoísmo que le sirve de marco de referencia. En lo estrictamente psicológico, la logoterapia de Víctor Frankl y la psicología transpersonal de Maslow que, combinado con el *t'ai chi*, fueron elementos sustanciales para lograr un mayor equilibrio psicológico. Si durante muchos años, para lograr la paz interior combiné el budismo zen y elementos de la teología ascética de estilo ignaciano, actualmente el «cóctel» que utilizo es una combinación del taoísmo y la espiritualidad de Francisco de Asís, que te lleva a vivir en comunión con la naturaleza y con todo cuanto vive, y te desarrolla una capacidad de tener una conciencia planetaria y una conciencia cósmica.

En 1997, si tuviese que expresar esquemáticamente en qué tradiciones o marcos referenciales sustentó mi búsqueda de agregar años a la vida y vida a los años, me valdría del esquema que el doctor David Sobel propuso sobre el enfoque integral de salud, asumiendo elementos de la medicina científica occidental (especialmente de la medicina humanista) y de los sistemas alternativos (Fig. 1).

Durante este proceso de aprendizaje y experiencias constaté que, al margen de los elementos positivos de las nuevas terapias y formas alternativas de mejorar la salud, era muy frecuente que absolutizaran la importancia de algunos aportes que eran efectivos, pero sólo para cosas circunscritas y puntuales, pero se les quería dar una relevancia, más allá de lo que podían alcanzar o proporcionar. Otra limitación que encontré, en cuanto a la «garantía» de las alternativas que se proponen, es la siguiente: mientras la medicina clásica o alopática (con todas las críticas que le podamos hacer), confronta sus formulaciones y sus logros

con los requerimientos y exigencias del método científico (control, reproducibilidad, etc.), la mayoría de las propuestas alternativas no han sido sometidas a estas exigencias, lo que no significa que no se hayan alcanzado muchos logros. Al no existir las exigencias a las que hice referencia, esto ha permitido los casos de «charlatanería», de «brujería», de «engaños», como son la organoterapia, la cirugía psíquica, la medicina psiónica y otras. En otros casos se trata de falsos gurús que pretenden curarlo todo u ofrecer paraísos terrenales.

Digo todo esto para relativizar el valor de mi propia experiencia. Haber llegado a los 68 años sin haber ido nunca al médico para curar una enfermedad, haber gozado siempre de buena salud y de vivir desarrollando una actividad cuya intensidad es por encima de lo normal de los mortales, no tiene para mí una significación científica, ni siquiera medianamente relevante... De ahí las resistencias que puse al doctor Turabián (Secretario de redacción de la revista), cuando me propuso escribir este artículo.

¿QUÉ HACER EN LA BÚSQUEDA DEL APRENDER A VIVIR?

Hay dos dificultades para responder a esta pregunta: no se puede dar un recetario; no hay recetas porque cada individuo ha de dar un matiz propio a las cuestiones más puntuales y específicas; la segunda dificultad —propia de todo artículo— es la restricción de cuartillas que pueden escribirse y que obligan a una presentación, sin explicaciones y matizaciones necesarias... Hechas estas advertencias, intentaré destacar las cuestiones más relevantes. No se trata de consejos prácticos para una dieta saludable o para vivir sin estrés, sino la búsqueda de una forma de vivir que potencia la realización de la persona y, como aspecto sustancial pero puntual, la buena salud; añadidura y consecuencia de un modo de vivir.

Si bien en la descripción de esta búsqueda, señalamos cinco cuestiones principales, cada una de ellas debe considerarse inseparable de las otras por los efectos sinérgicos y de retroalimentación que tienen entre sí.

a) El estilo de vida que se configura en una unidad tridimensional de sabiduría, filosofía y psicología

La sabiduría, consistente en aprender a vivir en armonía con la naturaleza (cuestión que parece más extraña y lejana, pues supone incorporar una parte de la sabiduría oriental); la dimensión filosófica expresada en un humanismo personalista-existencialista y, por último, el aspecto más estrictamente psicológico, en el que integramos la psicología humanista de Fromm y de Rogers y la psicología transpersonal de Maslow, todo ello con la logoterapia de Frankl, por lo que supone en el modo de vivir, el tener un proyecto de vida... El estilo de vida es la búsqueda de una *filosofía de la vida en plenitud*, traducido al arte práctico de vivir la cotidianidad.

La sabiduría de vivir es saber hacerlo en armonía con la naturaleza. Ésta es una expresión vaga que puede aludir a diferentes realidades, pero que en el alcance que le damos, significa poner en armonía con el Tao, es decir, con la fuerza y energía primigenia del cosmos. Se trata de integrarse a los ritmos de la propia naturaleza, conforme a aquello que nos enseña Bacon: «sólo obedeciéndola se la vence». No se trata de dominarla, sino de amarla, de entrar en comunión con ella... Este vivir en armonía con la naturaleza te lleva a saber aprovechar la relación y la influencia recíproca que se da en esa unidad indisoluble que es el cuerpo y lo psíquico/mental/espiritual, o si se quiere, esa relación entre la materia y la energía. Como el taoísmo ya lo expresó hace unos 200 años bajo la forma de metáforas y nosotros occidentales lo expresamos científicamente en la física cuántica en estas últimas décadas, sabemos que somos energía condensada/manifestada en la materia. Si la materia es otra forma de energía y no se conserva separadamente de ésta, como es admitido desde que Einstein desarrollara la teoría de la relatividad, la cuestión está en saber aprovechar esa energía que hay en nosotros para una vida más plena que, entre otras cosas, significa una vida saludable, un mayor tono vital y un estado de ánimo positivo.

¿Cómo aprovechar la fuerza de la mente? ¿Cómo dejar fluir la energía que hay en nosotros? ¿Cómo evitar los trastornos u obstáculos del fluir energético?... Se ha dicho que el siglo XXI será el siglo de los grandes descubrimientos

... TENER ALGO POR LO QUE VIVIR, Luchar, ILUSIONARSE, SE TRANSFORMA EN UNA FUERZA MOVILIZADORA QUE AGREGA VIDA A LOS AÑOS ...

acerca del cerebro; en esta década se ha tomado conciencia de lo poco que conocemos (y que sabemos utilizar) de la mente humana; ese universo que pare-



ce sin límites y que, sin embargo, está en nosotros.

La filosofía de la búsqueda de la vida en plenitud, expresada en humanismo personalista/existencia, supone, ante todo, responder a lo que en la tradición de la literatura clásica rusa se llamaron las preguntas malditas: ¿Quiénes somos?, ¿de dónde venimos?, ¿por qué existe el sufrimiento y la muerte?, ¿tiene sentido la vida del hombre?. La respuesta a estas cuestiones es lo que se denomina el tránsito de la existencia inauténtica a la existencia auténtica. Esto implica dar algún sentido a nuestra vida que, aun en la incertidumbre, proporciona una determinada dirección y motivación al vivir cotidiano. De ordinario la gente vive «atrapada» en una rueda de hastío. Nuestros contemporáneos pareciera que no saben vivir, simplemente porque no tienen, ni encuentran —ni buscan quizá— razones para vivir. Vivimos alienados en una sociedad que produce una progresiva cosificación de la existencia, y que algunos aceptan resignados para vivir en el delicioso aburrimiento de una sociedad regida por la santa trinidad del dinero, el consumo y el *status*.

Desde el punto de vista psicológico, la logoterapia de Víctor Frankl fue —y sigue siendo— de una centralidad indiscutible, en cuanto a la importancia de



tener vivo y actual un proyecto existencial que movilice y dé sentido a la propia vida. Tener algo por lo que vivir, luchar, ilusionarse, se transforma en una fuerza movilizadora que agrega vida a los años. No se trata de vivir como si estuviésemos en tiempo de apocalipsis. Lo que debemos lograr es disfrutar de lo que hacemos. El ideal es tener algo que te infunda pasión por vivir. Lo que antes había formulado en uno de mis libros como idea central de la acción comunitaria, luego lo apliqué para desarrollar el «arte de vivir»: más importante que darle a la gente *con qué vivir*, es darle una *razón para vivir*.

b) La alimentación y el sueño

Descendiendo a cuestiones que son las que normalmente se tratan cuando se habla de cuidar la salud, diremos algo sobre la alimentación y el sueño. No lo digo como una recomendación general, sino simplemente indicando el régimen que yo he llevado para asegurar un adecuado suministro de energía vital.

En cuanto a la alimentación, más importante que una «dieta» en sentido estricto, es tener una «concepción dietética». En esto me he guiado por unas pautas prácticas y simples, que, por otro lado, son cosas de sentido común, aprovechando las enseñanzas de la medicina natural y de la sabiduría popular, pero intentando aplicar conocimientos de la ciencia médica, en lo que he podido conocer hasta ahora.

Respecto de la dieta en sentido estricto, nunca he tenido una totalmen-

te vegetariana. Durante muchos años fue ovo-lacto-vegetariana. Luego incluí pescado o pollo, aunque no todos los días, pues llegué a la conclusión de que había un cierto desequilibrio o déficit en mi alimentación. He reemplazado el azúcar por la miel y evito los fritos y embutidos. Para decir algo más, he de indicar que el pan de salvado o integral es lo que como normalmente. En cada comida poca variedad de alimentos; en el día la mayor variedad posible. Esto es para asegurar la mejor combinación de los elementos y con el fin de evitar que en una misma comida se interfieran alimentos que perjudican el funcionamiento del estómago a causa de la incompatibilidad de los alimentos. Comer únicamente cuando se siente hambre y beber sólo cuando se tiene sed. Caminar después del almuerzo y la cena y evitar, durante las comidas las conversaciones sobre asuntos desagradables y que nos alteren psicológicamente... Éstas son apenas algunas de las cuestiones prácticas que estimo necesario tener en cuenta dentro de una concepción dietética saludable.

En cuanto al dormir, la cantidad de sueño que necesita cada persona es diferente. No puedo dormir 7 horas seguidas, pero la siesta es para mí imprescindible. Creo que tiene muchos beneficios: el rendimiento intelectual y el buen humor son frutos fáciles de constatar, al margen de lo que suelen decir —y creo que con razón— muchos médicos; previene las enfermedades cardiovasculares y evita y atenúa los efectos del estrés.

c) El cultivo del cuerpo y el ejercicio físico

Ni una buena dieta alimenticia, ni un sueño adecuado, basta para un correcto cuidado de la salud. Es necesario el ejercicio físico. Éste tiene una triple importancia para vivir más plenamente en cuanto ayuda a la buena salud: mejora el potencial de trabajo intelectual y físico, tiene significación educativa por lo que implica de formación de la voluntad y, por último, porque el cultivo del cuerpo permite un mayor disfrute y goce de la vida.

El deterioro que sobreviene a las personas se debe en parte a la falta de actividad física. Aquí vale lo que decía un médico francés, Tisso: «Los movimientos pueden sustituir cualquier fármaco; sin embargo, todos los fármacos del mundo no pueden sustituir el provecho del movimiento». Hace más de 1.800 años que Hua Tuo escribió lo siguiente: «Cuando el cuerpo humano se mueve frecuentemente, la respiración se normaliza y se da impulso a la circulación de la sangre, de modo que se previenen las enfermedades. El hombre es como las bisagras de una puerta; si se abren y se cierran con frecuencia no se oxidan».

Pero cultivar el cuerpo es algo más que hacer ejercicio físico, supone también amor hacia el propio cuerpo y la autoconciencia y comprensión del cuerpo. Somos capaces de ver y palpar nuestro cuerpo, pero no siempre lo percibimos, siendo que nuestro cuerpo «es el único objeto que se siente a sí mismo», como diría Jean Paul Sartre.

Sin desmerecer un ápice todo lo útil que puede ser la práctica del yoga con esta finalidad, mi preferencia se inclina por la práctica del *t'ai chi* que, lo mismo que el *pa-kua* y el *hsing-i* pertenece a las artes marciales chinas que no se basan en la fuerza o potencia, sino en la relación, meditación y movilización de las energías internas. Es también una forma de gimnasia, danza o coreografía, pero a mí no me interesa lo que tiene como arte marcial o como danza o coreografía, me interesa —y es lo que prac-

todo, decir «la risa a flor de labios». Podría dar la sensación de que hay que practicar una técnica muy desarrollada entre los políticos norteamericanos y artistas, de las grandes risas o carcajadas fotogénicas, como excelente técnica de *public relations*... No es nada de esto. Quienes han tenido oportunidad de conocer y tener contacto con monjes budistas o con sabios taoístas, habrán visto que están siempre con una sonrisa a flor de labio; no es técnica, sino expresión de la paz interior y de la alegría de vivir.

desencantarnos y, a no dudarlo, en cada uno de nosotros pueden ser muchas; abrumadoras, a veces. Todos estamos tentados a lo que Gabriel Marcel llamó el «repliegue patológico sobre sí mismo»... Pero, ¿qué logramos con esto?, ¿en qué mejoramos nuestra vida viviendo malhumorados?, ¿hay alguien que pueda ser más feliz viviendo con rostro serio y la expresión ceñuda?... Saber vivir es, entre otras cosas, saber superar toda manifestación de repliegue patológico sobre uno mismo. Pero ello no basta. Tenemos que aprender a re-encantar la vida, darle toda la poesía y toda la belleza que puede tener. La alegría de vivir se alcanza, cuando nos volvemos poetas de la existencia, que no significa escribir versos, sino impregnar la vida de poesía. Esto nos permite vivir en la mayor plenitud posible cada momento. *Carpe diem* (aprovecha el día presente), nos decía hace siglos el poeta Horacio en su famosa Oda: «¡Cuánto mejor es soportar lo que sea, tanto si Júpiter nos ha concedido muchos inviernos, como si éste es el último!... Actúa sabiamente... goza el día en que vives (*carpe diem*)».

... LAS PERSONAS ALEGRES Y DE RISA FÁCIL VIVEN MÁS Y SE CONSERVAN MÁS JÓVENES ...

tico— lo que sirve para la salud y el control del propio cuerpo, para saber vivir en comunión con todo lo existente y como forma de cultivar el espíritu. La práctica concreta del *t'ai chi* se realiza mediante una serie de movimientos circulares y de resorte, de fluir y balanceo, que facilitan el paso de la energía vital. Permite, además, aprovechar esa energía interior o vital (*chi*) y hacer un mejor aprovechamiento de ella, y es también un modo de sentirse parte y en armonía con la energía cósmica. Uno de los aspectos que me parecen más significativos es que permite que mente y cuerpo actúen en comunión, por eso se dice que es «meditación en movimiento» y es un modo de «saber estar aquí». Para comprender el *t'ai chi*, que significa «principio esencial» y una de cuyas formas es el *t'ai chi chuan*, hay que tener una cierta comprensión del taoísmo, en especial, el saber pensar y sentir en términos de polaridad (que no es oposición y conflicto). Los dos polos de la energía cósmica son el *yang* y el *yin*; ambos unidos son el *t'ai chi*.

d) La alegría de vivir y la risa a flor de labios

Así formulada la cuestión, puede parecer en algún aspecto ridículo, sobre

La sonrisa es algo altamente saludable. Algunos cardiólogos la recomiendan para activar la circulación sanguínea, para ensanchar los pulmones y para mejor oxigenar el organismo. Por otra parte, cuando uno sonríe, el cerebro libera una enzima (beta-endorfina) que deshace tensiones, relaja los músculos y mitiga el dolor. Cuando soltamos una carcajada, ponemos en funcionamiento quince músculos del rostro y produce una especie de masaje de laxitud por todo el cuerpo. Las personas alegres y de risa fácil viven más y se conservan más jóvenes. Sonreír ayuda a vivir más y más plenamente.

Formulada de esta manera la importancia de la alegría de vivir, se puede tener la sensación de que es posible vivir normalmente en una especie de existencia plácida y sin sobresaltos. Nada de eso; la realidad de los humanos es otra, en ella se mezclan alegrías y tristezas, luces y sombras, grandezas y miserias. La alegría de vivir no excluye —en quienes son capaces de expresarla permanentemente— el dolor, el sufrimiento, la ansiedad, conflictos penosos y dilemas que agobian. ¿Cuántos dramas superpuestos no suelen coexistir en casi todos los seres humanos?... Razones tenemos para decepcionarnos, amargarnos,

e) Los ayunos de purificación como principal medicina preventiva

El tópico por excelencia en el campo de la medicina y de la salud pública es el de «la prevención». Propósito casi tantas veces formulado como no realizado... En este párrafo no voy a hacer un planteamiento sobre prevención en el campo de la salud; se trata de una afirmación más circunscrita: el ayuno es la principal «medicina» preventiva.

Proponer el ayuno como medicina preventiva, no tiene nada de original: los fundadores de la medicina occidental (Galeno, Paracelso e Hipócrates) recibían y practicaban el ayuno. Todas las religiones lo recomiendan. En el nacimiento de pensamiento racional en el mundo helénico, dos de los más importantes filósofos de todos los tiempos: Pla-

... EXPRESO EN ESTE TRABAJO UN MOMENTO DE MI BÚSQUEDA ACERCA DEL ARTE DE VIVIR ...

tón y Aristóteles, lo practicaban como forma de estímulo de la inteligencia y para mejorar la salud física... Recuerdo haber leído en Plutarco un consejo que después de tantos siglos es vigente y aplicable hoy: «En vez de tomar un medicamento, ayuna durante todo el día».

No voy a explicar, por suficientemente conocido el efecto desintoxicador del ayuno, ni lo que significa como descanso para los órganos digestivos, ni que restablece el adecuado pH de la sangre o, si se quiere, el equilibrio ácido/básico. Tampoco hablaré de los beneficios terapéuticos, tanto en los trastornos de salud mental hasta problemas de sexualidad, pasando por trastornos de estreñimiento, indigestión, jaquecas, etc. Quizá lo más importantes es que depura la corriente sanguínea.

Lo anterior explica parcialmente las razones por las que ayuno. Desde hace más de 15 años estoy buscando una forma de ayunar que mejor se ajuste a mi propósito: utilizarlo como medicina preventiva por sus efectos de purificación/desintoxicación, experimentar de una manera diferente a la habitual lo que la mente puede (o no puede) sobre el cuerpo. Actualmente hago un ayuno anual de diez días y mini-ayunos intermedios, porque es lo más factible y saludable a mis circunstancias, ya que durante los ayunos no disminuyo el trabajo intelectual, aunque reduzco progresivamente la cantidad e intensidad del ejercicio físico. He comprobado que me va mejor ayunar en primavera o verano, porque en otoño e invierno no llego a tomar los tres litros diarios de líquido que se considera necesario. No sé todavía, porque no lo he registrado adecuadamente, si lo más efectivo de los semi-ayunos es tomar sólo zumos de frutas (un solo tipo a la vez), sólo infusiones, sólo agua o sólo verduras cru-

das. La «cura de uva», procuro hacerla cuando realizo viajes que suponen cambiar muy bruscamente de clima en 12 ó 15 horas. Tengo mucho que aprender acerca del modo de hacer las transiciones, o sea, pasar del ayuno a comer normalmente.

Por limitaciones de espacio, excluyo lo referente a la respiración (la bisagra que articula la mente y el cuerpo) y que significa entre 12 ó 15 kilos de «alimento» que ingerimos diariamente. No explico las razones de utilizar la expresión «lo psíquico/mental/espiritual», ni he matizado suficientemente cada uno de los puntos tratados. Expreso en este trabajo un momento de mi búsqueda acerca del arte de vivir. Lo he elaborado de acuerdo a un estilo personal que procura aplicar a todos mis trabajos escritos: no hacer descripciones y análisis pura-

... TENGO LA SENSACIÓN DE VIVIR EN UN MUNDO EN EL QUE LA GENTE SE COMPLACE EN EL ABSURDO Y LAS IRRACIONALIDADES DE NUESTRO MODO DE VIVIR, AL MISMO TIEMPO QUE SE LAMENTA DE SUS CONSECUENCIAS ...

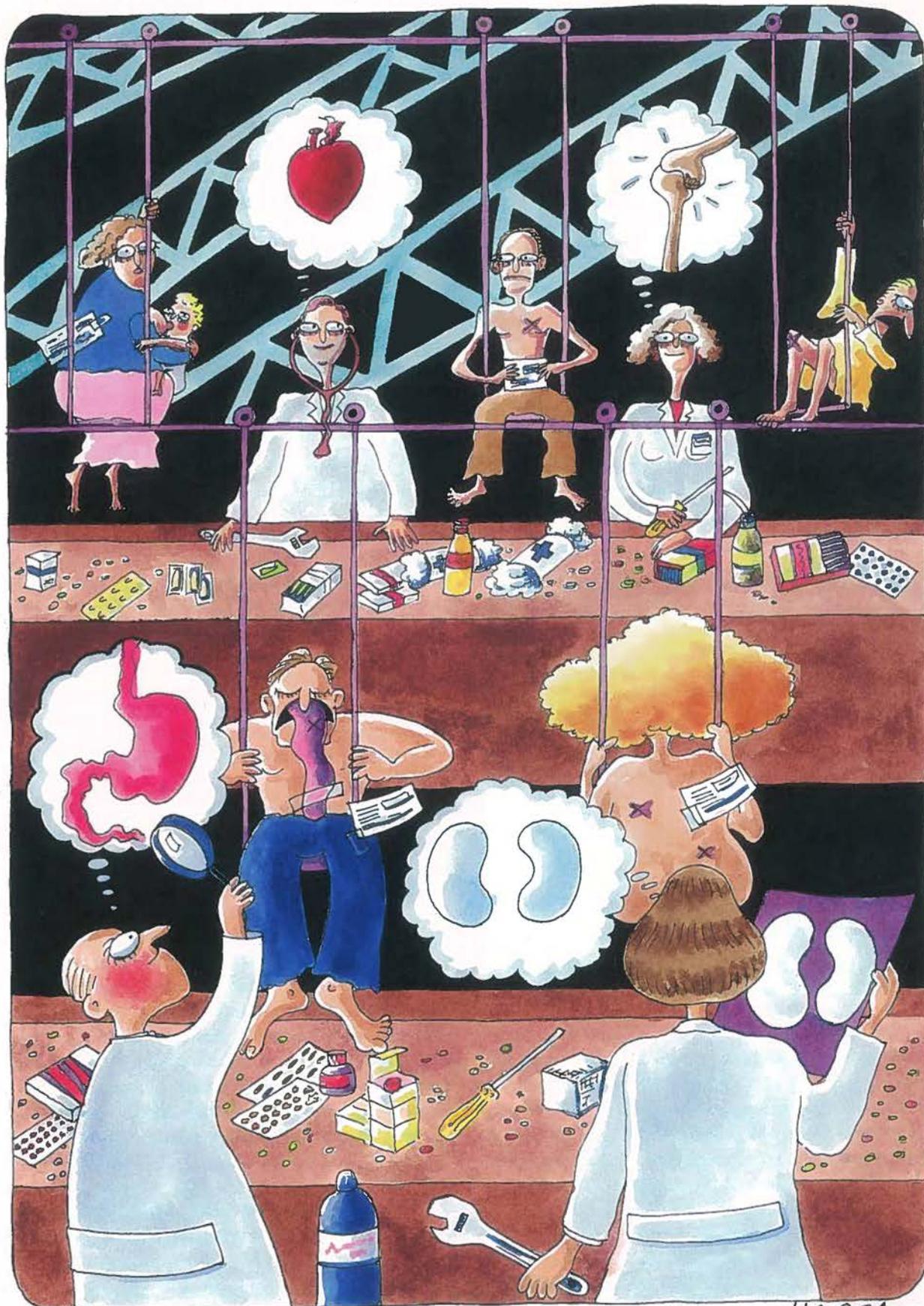
mente académicos, sino hacerlo de tal manera que induzca o invite a la reflexión y a la acción. El tema tratado (la salud positiva) lo considero como un aspecto particular de una filosofía o estilo de vida, y así lo he desarrollado: una forma de aprender a vivir y de ir haciéndonos más personas. Tarea interminable, en cuanto el ser humano es un gerundio, un haciéndose permanentemente y sin límite final.

Para quienes abdican o renuncian a la tarea insoslayable de realizarse lo más plenamente posible como personas, les advierto que en este artículo no encontrarán nada útil. Para quienes la realidad del mundo y de la sociedad en que vivimos es «algo dado», imposible

de cambiar, este artículo es un mensaje de una patética ingenuidad. No hay problemas si así lo consideran y lo desechan; serían coherentes con la opción de vida que han hecho; por otro lado, está lejos de mí el considerarme poseedor de alguna verdad absoluta. Frente a estas posturas, sólo quiero señalar una cosa: tengo la sensación de vivir en un mundo en el que la gente se complace en el absurdo y las irracionalidades de nuestro modo de vivir, al mismo tiempo que se lamenta de sus consecuencias, ya sea con críticas más o menos apocalípticas o con «quejíos» y malhumores cotidianos, unos y otros infecundos y estériles, porque nada cambian. Para quienes piensan que la persona humana es dueña de su destino y que cada uno de nosotros, por lo que hace, no por las ideas que expresa, puede cambiar el modo de vivir y ser un factor de esperanza para que el mundo sea más humano, este artículo quizá pueda ofrecer alguna sugerencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National and Welfare, 1974.
- 2 Coleman D. La inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1996.
- 3 Maturana H. Biology of Cognition. Urbana: Urbana Biological Computer Laboratory, 1970.
- 4 Laín Entralgo P. El cuerpo humano. Teoría actual. Madrid: Espasa Calpe, 1984.
- 5 Erikson E. Historia personal y circunstancia histórica. Madrid: Alianza, 1979.
- 6 Engel GL. The Need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine? *Science* 1977;196:129-136.
- 7 Smith GR, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms. *Arch Intern Med* 1986;146:69-72. ■



HARCA



Poniendo en forma a la Atención Primaria

Ricardo Ortega Sánchez-Pinilla.

Grupo de Actividad Física y Salud. Centro de Salud de Santa Bárbara. Toledo

En 1994 se agruparon varios médicos de Atención Primaria (AP) en torno a un proyecto de investigación sobre ejercicio físico, que recibió una Beca Omega. Estos médicos apreciaron las diversas aplicaciones que el ejercicio físico tiene en las labores diarias de la Atención Primaria. Por ello, formaron un grupo impulsor que está a la espera de constituirse definitivamente en grupo de trabajo de la semFYC. De llevarse esto a cabo, el médico de familia se adentraría en una parcela de conocimientos y experiencias propios, no explorados todavía por ninguna otra especialidad.

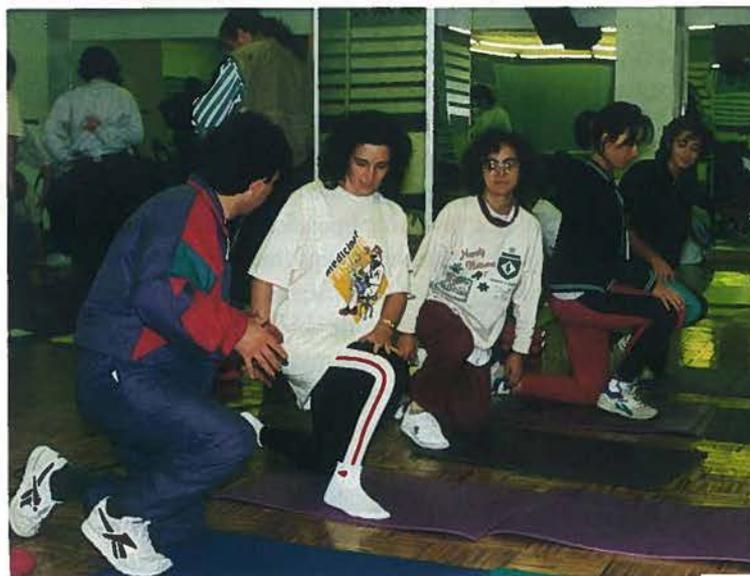
En 1994, a raíz de la convocatoria de las II Becas Omega del PAPPS, diez médicos de AP de diferentes puntos de España se adhirieron a un proyecto de investigación acerca de la "Eficacia del consejo sanitario sobre ejercicio físico en el adolescente", para formar un grupo que desarrollara dicho proyecto. El proyecto recibió el primer premio de dicha convocatoria y el grupo que así se constituyó pasó a denominarse GIAFS (Grupo de Interés en la Actividad Física y la Salud).

Posteriormente, algunos componentes de este grupo, merced a su relación dentro de él, comenzaron a elaborar el contenido de un taller que abordara la aplicación de ciertas modalidades de ejercicio en algunas patologías del aparato locomotor. Se creó así una especie de subgrupo, al que se adhirieron otros profesionales sanitarios, como rehabilitadores, fisioterapeutas y enfermeras, que pasó a denominarse GAFS (Grupo de Actividad Física y Salud).

Estas dos iniciativas, junto con los progresos experimentados por las recomendaciones sobre ejercicio físico del PAPPS, hicieron concebir la idea de que un grupo específico que se dedicara al estudio y desarrollo de las relaciones entre la actividad física y la salud podría resultar una experiencia interesante y de gran utilidad para el trabajo cotidiano en Atención Primaria.

LA ACTIVIDAD FÍSICA, UNA MEDIDA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD

El nivel de actividad física de cada persona constituye un estilo de vida, o conducta, íntimamente ligado a la alimentación, el autocuidado, los patrones de sueño, los hábitos tóxi-



cos y cualquier otro tipo de conducta que tenga que ver con la salud. Por tanto, si el médico de AP tiene que indagar acerca de esas otras conductas en sus pacientes, y ofrecerles los consejos oportunos, no hay razón para que la conducta de actividad física no deba ser incluida en el grupo de prioridades preventivas de este nivel asistencial.

Dentro de la actividad física existen dos categorías que adquieren extraordinaria importancia en la sociedad actual: el ejercicio físico y el deporte. Estas dos categorías, y más concretamente el deporte, constituyen el contenido de una especialidad médica: la Medicina Deportiva. Por tanto, podría



parecer que la actividad física es competencia de dicha especialidad y que los médicos de AP podríamos estar invadiendo su terreno. Sin embargo, esto no es así, ya que el médico deportivo, como tal especialista, tiene limitada su actividad asistencial a los clubes y federaciones deportivas, a los patronatos deportivos municipales, a las instalaciones deportivas o a los gimnasios, y por tanto no tiene acceso a la asistencia de la población general, como tiene el médico de AP. Además, el especialista de medicina deportiva tiene experiencia con personas sanas o aparentemente sanas, pero no con enfermos. Por otra parte, la relación entre la actividad física y la salud es tan extensa y abarca campos tan variados, que supera a la especialidad de medicina deportiva y se extiende por la rehabilitación, la medicina del trabajo, la cardiología y otras especialidades, a la vez que ofrece aspectos únicos de aplicación en Atención Primaria, a los que ningún otro profesional diferente de los de AP puede tener acceso. Por poner un ejemplo, el consejo sanitario para aumentar los niveles de actividad física de la población, al igual que ocurre con los consejos antitabaco, antialcohol o dietético, es una intervención propia de la Atención Primaria en la que los profesionales de este nivel aplican parte de los conocimientos sobre la relación entre actividad física y salud.

Además del consejo sanitario sobre actividad física, existen otras parcelas tan dispares como la rehabilitación cardíaca o respiratoria, los programas de ejercicio para la tercera edad o los ejercicios terapéuticos (también conocidos como cinesiterapia), cuyo desarrollo e implantación en Atención Primaria depende únicamente de los profesionales que trabajan en este nivel asistencial, que suelen ser médicos generales o de familia y enfermeras/os, pero que también pueden ser rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos o psiquiatras. Nadie que no trabaje en Atención Primaria puede adquirir experiencia o investigar en estas parcelas.

Otro aspecto digno de reflexión es que muchos problemas de salud de los que se ven a diario en Atención Primaria se deben a la carencia o el bajo nivel de actividad física, y bastantes otros al exceso de movimiento o al movimiento deficiente, inadecuado o incorrecto de todo o parte del organismo.

Por todas las anteriores razones, parece justificada la creación de un grupo de personas interesadas en el tema de la relación entre la actividad física y la salud, que promueva, desarrolle y adquiera experiencias, formación e investigación.

UNOS OBJETIVOS REALISTAS

Como la relación actividad física-salud es tan extensa y variada, puede haber profesionales de AP interesados sólo en aspectos parciales de ella. Por ello, los objetivos del grupo se orientarían, en un principio, hacia las cuatro parcelas men-

cionadas anteriormente: consejo sanitario para aumentar los niveles de actividad física de la población aparentemente sana y con enfermedades crónicas, programa de rehabilitación cardíaca en Atención Primaria, programas de ejercicio físico para la población de la tercera edad y utilización de los ejercicios terapéuticos en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las patologías del aparato locomotor.

Los objetivos genéricos del grupo serían:

- a) Conseguir que un cierto número de profesionales de Atención Primaria, por lo menos los integrantes del grupo, pongan en marcha y desarrollen experiencias de este tipo en los centros de salud.
- b) Promover la extensión de estas experiencias a otros centros de salud.
- c) Formarse e intercambiar experiencias dentro y fuera de los componentes del grupo.
- d) Profundizar en el conocimiento de esas parcelas a través del amplio campo que ofrece su investigación.
- e) Representar a la Atención Primaria en otros grupos multidisciplinarios de interés en la actividad física, o en las relaciones con otras especialidades implicadas en el área de la actividad física y la salud.

EN ESPERA DE LA CONSTITUCIÓN FORMAL DEL GRUPO

La creación del Grupo de Actividad Física y Salud es uno de los objetivos de la semFYC para el presente año 1997.

Durante el primer trimestre se formó un grupo impulsor, de acuerdo con las directrices de la semFYC para la creación de grupos de trabajo, y desde entonces se está a la espera de poder llevar a cabo la asamblea o reunión constituyente del Grupo para empezar a funcionar como tal.

Una vez que el Grupo esté constituido formalmente, se hará una convocatoria invitando a integrarse en él a todos aquellos profesionales interesados en alguno de los apartados iniciales hacia los que se orientan los objetivos. La estructura y esquema de funcionamiento, así como los objetivos más concretos, o metas, deberían debatirse una vez constituido formalmente el Grupo.

POCAS EXPERIENCIAS PERO A TIEMPO DE AUMENTAR NUESTROS CONOCIMIENTOS

Las relaciones entre actividad física y salud constituyen un campo relativamente nuevo y con grandes posibilidades de desarrollo. Su aplicación en el quehacer diario de los Equipos de Atención Primaria es muy extensa, abarcando la prevención, tratamiento y rehabilitación de numerosas patologías o problemas de salud que son más o menos frecuentes en el nivel asistencial de la Atención Primaria.



La profundización en este tema, mediante la ampliación de conocimientos y experiencias y a través de la investigación, ofrece posibilidades insospechadas que podrían desembocar en un área de conocimiento propio de la Atención Primaria. Si los profesionales de este nivel no aprovechamos este vacío de conocimientos y experiencias existente en este campo, alguien se nos adelantará y buscará la forma de usurpárnoslo.

En realidad todavía se sabe muy poco sobre las posibili-

dades de aplicación de las intervenciones de ejercicio físico en la Atención Primaria, porque las experiencias son muy escasas. Pero siempre se está a tiempo de aumentar los conocimientos, y nada mejor que hacerlo a través del desarrollo de experiencias. A título de ejemplo se puede comentar aquí que los médicos que han intervenido en el estudio acerca de la “Eficacia del consejo sanitario sobre ejercicio en el adolescentes”, han sacado experiencias muy positivas de su intervención que les han enseñado aspectos de la valoración del hábito de actividad física y del correspondiente consejo en esta población especí-

fica, los adolescentes, que no podrían haber aprendido en ningún libro, ni de ningún otro profesional.

Los programas de ejercicio físico individuales o en grupo constituyen una “medicación” preventiva, terapéutica y rehabilitadora, de coste bajo, con múltiples indicaciones y con escasos efectos secundarios cuando la dosificación es la correcta; por tanto, resulta poco comprensible que no se utilice más en Atención Primaria. ■



Formación psicosocial y medicina de familia en Rochester

Yolanda Jarabo Crespo

Consejo de Redacción de HUMANA

La formación de los residentes en los aspectos psicosociales del quehacer en Medicina de Familia en Rochester se enmarca dentro de la tradición de la Universidad de dicha ciudad en la enseñanza de una medicina con un marcado enfoque holístico. A finales de los años 40, George Engel ya abogaba, desde sus aulas, por el ejercicio de una práctica clínica integradora de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

En los años 60, se editó el tercer programa estadounidense de Medicina de Familia desde el hospital Highland de Rochester, introduciendo el modelo sistémico para la comprensión y estudio de las influencias de la familia y otros entornos sociales en los procesos de salud enfermedad.

Actualmente, existe el Programa Universitario de Estudios Biopsicosociales, en el que integran sus esfuerzos internistas, psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, profesionales de enfermería y trabajo social. El director de dicho programa, el doctor Timothy E. Quill, se ha enfrentado con gran valentía, dentro de un contexto cultural marcadamente conservador, al papel del médico frente a la eutanasia y ha puesto en tela de juicio las contradicciones de una medicina que pretende aliviar el sufrimiento pero que a su vez pretende prolongar la vida, a veces más allá de lo razonable.

Así las cosas, no sorprende que el departamento de Medicina de Familia de esta ciudad estadounidense se distinga, frente a la formación de los residentes en otras partes de EE.UU., por la impronta "psicosocial" que trata de ofrecer a sus futuros médicos de familia.

Y si el lector me sigue con los mismos ojos "latinos" con los que yo he participado en su labor, la tarea parece aun más difícil puesto que:

- La cultura anglosajona antepone, frente a otros valores humanos, la autonomía de la persona a expensas de un individualismo exacerbado.

- El médico de Atención Primaria de EE.UU. tiene acceso a pruebas diagnósticas propias del nivel secundario/terciario de nuestro país. Citaré un ejemplo: un día acompañaba al tutor de residentes del Centro de Salud rural de Rushville cuando vino a consultarnos un residente de primer año. Estaba extremadamente angustiado porque tenía en una consulta a una paciente oligofrénica profunda que presentaba lo que él llamaba un "estrabismo vertical". Aunque ya se le había realizado una TAC hacía seis semanas escasas, el residente pensaba que había que solicitar una nueva para descartar un tumor cerebral. Curiosamente, había omitido una explo-

ración neurológica completa, tampoco sabía la diferencia entre un nistagmus vertical y los movimientos oculares automáticos de algunos pacientes con crisis epilépticas y a los que se que se les administran múltiples fármacos con acción sobre el sistema nervioso central. Y por último, tampoco relataba la presión a la que le estaba sometiendo la cuidadora de la institución donde vivía la paciente en cuestión. Sin embargo, el tutor trabajó magníficamente, reflejando las emociones del residente, cuestionando el porqué de su angustia, insistiendo en la necesidad de una exploración neurológica adecuada y valorando la importancia del seguimiento y la continuidad antes de volver a solicitar una nueva TAC.

- El sistema sanitario americano corre a cargo de compañías privadas y la Atención Primaria no es, ni mucho menos, la puerta de entrada obligada hacia cualquier otro tipo de cuidado médico. Y es evidente que quien más paga tiene más opciones donde elegir (lo que supone una mayor heterogeneidad en lo que se entiende por "una buena forma de ejercer la Medicina de Familia").

VISIÓN GLOBAL DEL PERIODO FORMATIVO

La duración de la residencia es de tres años, con unas rotaciones hospitalarias prácticamente iguales a las de nuestro país. Pero desde el primer momento y durante todo el periodo formativo, los residentes han de pasar consulta ambulatoria dos veces por semana. Para conseguir cierta continuidad, los futuros médicos de familia trabajan en equipos de dos, compartiendo rotaciones y pacientes. Esto significa que mientras uno se queda de guardia o pasa visita en planta, el otro pasa la consulta del Centro de Salud.

Me llamó la atención que allí no se ve a ningún residente parado mirando. Quiero decir que, desde el principio, los residentes de primer año ven ellos solos a los pacientes. Cuando tienen dudas preguntan al "preceptor" o tutor, es decir al facultativo que en ese momento esté de turno para consultas. "Los preceptores" son médicos de familia que trabajan en el Centro de Salud o que han sido contratados específicamente para realizar esta tarea de tutorización unas cuantas horas a la semana.

Unas seis veces al año, al menos teóricamente, el tutor supervisa directamente la forma de trabajar del residente.

Dos conclusiones inmediatas se derivan de esta forma de trabajo:

- Los discentes asumen responsabilidades desde el primer momento. Trabajan más y las probabilidades de equi-



El Prof. George Engel y la Dra. Yolanda Jarabo en Rochester, septiembre 1997

vocarse cuando atienden a los pacientes en el Centro de Salud son posiblemente mayores que las de nuestros residentes, pues están mucho menos protegidos. Pero también pueden aprender de sus propios errores y rectificar mucho antes de acabar la residencia.

- No existe la estrecha relación tutor-residente de nuestras Unidades Docentes. Los futuros médicos de familia ven pacientes de todos los facultativos del Centro de Salud. Esto se entiende mejor si aclaramos que “los titulares” *sólo pasan consulta dos/tres veces por semana*, dedicando el resto del tiempo a labores de investigación y docencia. Es evidente que el resto de los días de la semana quien asume la tarea clínica es el residente, indistintamente de que esté en el primer, segundo o tercer año.

Como tutora, y médico de familia que lleva diez años en el mismo cupo, me llamaron varias cosas la atención. Por ejemplo, allí se comparten consultas pero cada tutor tiene su propio despacho. El personal administrativo trabaja magníficamente y, entre otras cosas, se encargan de transcribir a las historias clínicas el resumen de la consulta, que previamente el médico ha grabado en un casete.

Sin embargo eché de menos algo tan nuestro como el sentimiento de pertenencia que nosotros tenemos sobre nuestros pacientes y que nuestros pacientes tienen sobre nosotros. Aquí cada cupo es de cada uno, y creo que el tutor siempre se siente responsable en última instancia de lo que el residente haga. Allí sentí que los consultantes eran de todo el

mundo y que un paciente podía ser visto por su médico, por otro facultativo del Centro de Salud, por un residente o por otro generalista que estuviera siguiendo un programa de reciclaje/formación continuada (“fellowship program”).

LA “ROTACIÓN” POR MEDICINA PSICOSOCIAL

Aunque durante el primer y tercer año los residentes acuden a un seminario semanal de entrevista clínica y a un grupo Balint, la formación más importante en materia psicosocial se realiza durante un periodo de cuatro meses en el segundo año. Durante este tiempo realizan, a través de seminarios, una revisión en profundidad de diversos temas relacionados con la materia: depresión, uso racional de psicofármacos, manejo del paciente somatizador, evaluación del comportamiento suicida, violencia doméstica...

Se hace un énfasis especial en los problemas relacionados con el consumo de drogas, en la motivación para el cambio, y en los trastornos psicológicos de los niños.

Pero lo más llamativo de esta rotación es su parte práctica. Cada semana existen tres bloques temáticos de dos a cuatro horas de duración, que son:

1º- *Medicina familiar sistémica*: en el que se revisan los conceptos teóricos relacionados con la práctica familiar. Además cada semana un residente de segundo año es el encargado de presentar un caso de intervención familiar: a través de una videograbación o entrevistando en directo a una familia en una sala con espejo unidireccional.

2°- *Psicoterapia en Atención Primaria*: al igual que en el anterior se presenta un caso práctico de apoyo psicológico individual (asesoramiento, consejo, evaluación..).

Los docentes son, en ambos casos, psicoterapeutas que trabajan a tiempo parcial en el Centro de Salud y el doctor Tom Campbell, médico de familia con un entrenamiento específico en psiquiatría en general y en terapia de familia en particular.

3°- *Grupo de reflexión*: compuesto por los residentes, por los futuros terapeutas de familia (también rotan por el Centro de Salud), profesionales en periodo de reciclaje y por varios médicos de familia docentes. Se desarrolla en la sala de espejo unidireccional y la mitad del grupo se ubica detrás de dicho espejo con el fin de observar todas las interacciones grupales. Se trata de crear un espacio donde se puedan valorar aquellos aspectos personales del profesional que se movilizan en ciertas interacciones con algunos pacientes. Podríamos simplificar diciendo que es algo así como un grupo Balint.

En los tres bloques, lo más destacable es una metodología centrada en las necesidades de cada discente. La dinámica de grupo suele ser muy ágil y siempre se refuerzan los aspectos positivos del encargado de presentar el caso. Yo no he presenciado ninguna crítica directa por parte del resto de compañeros, ni por parte de los docentes.

También me parece importante reseñar el carácter de "aplicación práctica concreta". Es como si allí no hubiera tiempo para demostraciones o debates teóricos.

Evidentemente esta forma de enseñar requiere:

- Recursos económicos: salas de videograbación, espejo unidireccional, ...
- Tiempo para poder dedicarse a la docencia e investigación.
- Recursos humanos: profesionales con entrenamiento específico... En la primera sesión de Medicina Familiar Sistémica en la que estuve, me sorprendió la "disponibilidad" de una terapeuta familiar tan cualificada como la doctora Susan McDaniel: un residente había citado a una familia y ella le preguntó si prefería que ella entrara en la sala o se quedara detrás del espejo. El residente optó por la primera opción y Susan McDaniel le ayudó a conducir la entrevista con gran maestría y sutileza.

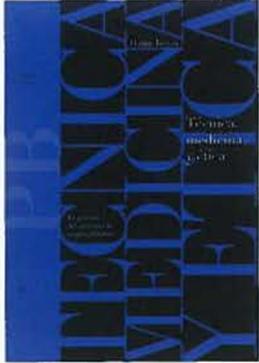
Creo importante insistir en que el departamento de Medicina de Familia de Rochester es un modelo, así único, en la enseñanza de los aspectos psicosociales de la práctica generalista dentro de los propios Estados Unidos.

Para acabar, quiero remarcar que aunque he pretendido ceñirme a hechos concretos, todas estas líneas están impregnadas de subjetividad. Al fin y al cabo, uno de los objetivos de HUMANA es el de "construir" una realidad basada en nuestras propias emociones y experiencias.

Queda en el tintero todo aquello que no encajaría en este artículo: el sentimiento de extranjería, la necesidad de demostrar de una forma humilde la propia valía y la soledad infinita de aquellos días... ■



LA IMPORTANCIA DE LO ESCRITO



TÍTULO: **TÉCNICA, MEDICINA Y ÉTICA**

AUTOR: *Hans Jonas*

EDITORIAL: Paidós, Barcelona, 1997. 206 págs.

TRADUCCIÓN: Carlos Fortea Gil

La incuestionable beneficencia del médico, ya no parece ser tan incuestionable. Lo que ha contribuido a poner en tela de juicio este principio "sagrado" ha sido sin duda el progreso científico-técnico de la medicina, el cual ha dado al médico medios de poder muy novedosos y potencialmente también peligrosos. Pues bien, he aquí otra de las aportaciones de la técnica a la medicina: que el discurso crítico sobre la praxis médica se extienda, que la conciencia de la ética y de la responsabilidad del médico impregne la práctica médica y la educación de éste. En este libro **Hans Jonas** analiza el entramado medicina-ética-técnica desde la realidad concreta de los dilemas reales (los experimentos en humanos, la manipulación genética, el aplazamiento de la muerte y el derecho a morir). Un estudio en el que destaca sobre todo, la importancia y el análisis de la responsabilidad que tiene el médico que utiliza la tecnología. (DR. R. RUIZ MORAL)



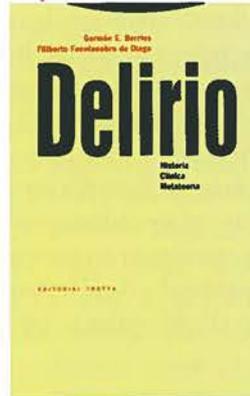
TÍTULO: **CONSTRUYENDO SIDENTIDADES**

COMPILADOR: *Ricardo Llamas*

EDITORIAL: Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid, 1995. 291 págs.

Este libro recoge una serie de textos sobre diferentes aspectos del **SIDA**. Generalmente son textos atrevidos que plantean o plantearon en su día polémica, textos cuyos protagonistas no fueron ni reflejaron en la mayoría de las ocasiones la cara oficial del problema. Son, sin duda, reflexiones e informaciones que nos ayudarán a adquirir más y más variada documentación, que nos ayudarán a comprender mejor la pandemia que sufrimos, que nos acercarán a sus más directos protagonistas, a intuir el abismo de sus repercusiones en las personas concretas, en colectivos, pero también en los desheredados de los "otros" mundos (¡tan lejanos!); a ampliar nues-

tros horizontes sin duda. Quizás, tan sólo (o tanto) a sensibilizarnos, si aún no lo estamos. En una situación como la que sufre nuestro país, triste protagonista de la epidemia en Europa, la recopilación de **Llamas** es recomendable. (DR. R. RUIZ MORAL)

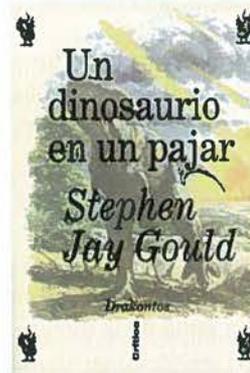


TÍTULO: **DELIRIO**

AUTORES: *Germán E Berrios y Filiberto Fuentes de Diego*

EDITORIAL: Trotta, Madrid, 1996. 230 págs.

Una completísima revisión histórica y análisis del núcleo central de la psicopatología y psiquiatría clínica, que incluye la fundamentación de una visión teórica sobre el mismo muy particular (su consideración como un acto *lingüístico vacío*, y el esfuerzo de enmarcarlo en una idea holística). El libro, aunque especializado por sus contenidos y por la minuciosidad y alcance del estudio, puede ser leído por cualquier médico interesado en el tema. (DR. R. RUIZ MORAL)



TÍTULO: **UN DINOSAURIO EN UN PAJAR**

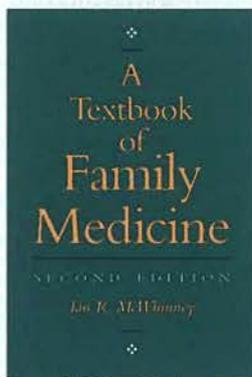
AUTOR: *Stephen Jay Gould*

EDITORIAL: Crítica, Barcelona, 1997. 487 págs.

TRADUCCIÓN: Joandomènec Ros

El prolífico **Gould** nos obsequia de nuevo con su ameno virtuosismo. Quizás ésto sea suficiente para definir el libro que nos ocupa... al menos para los que ya conocen a este profesor de Harvard obsesionado con la evolución de las especies, exitoso divulgador científico (éste es su séptimo libro, todos traducidos al castellano) y seguro que simpático vanidoso: "Yo recibí ciertamente un gran don de la diosa preeminente de la naturaleza, Fortuna: una feliz conjunción de mi propia hipertrofia (por habilidad rara) con la máxima utilidad en una actividad profesional básica. No puedo olvidar o borrar ninguno de los detalles que entran en mi cabeza, y siempre puedo encontrar conexiones legítimas y no forzadas entre los diversos detalles. En este sentido, soy una máquina de ensayos, cíteseme una generalidad,

y ofreceré seis bocaditos de ilustración genuina”, ¿tiene esto desperdicio? Así es de divertido este casi anecdotario que es “Un dinosaurio en un pajar”, el cual contiene un total de 34 ensayos sobre los más diversos temas, girando todos en torno a uno, el pensamiento evolutivo de éste paleontólogo. En algunos la teoría de la evolución en sus diversas variantes y aplicaciones es por sí misma el tema central, en otros se toma a la literatura, la historia, la astronomía y hasta la política y la biografía de personajes extraordinarios (de los que se señala algún detalle raro, algún injusto olvido o desvío) como eje argumental para desplegar una sabrosa, divertida y curiosa erudición que desde luego nos entretiene y expande (¿por qué no decirlo?) nuestra cultura sobre casi todo. Me fascina la calidad expresiva de **Gould**, vertida magníficamente por el (presumo) catalán **Ros** al rico castellano (¿o debería decir por esto mismo español?). Eso sí, si uno no se siente irremediamente atrapado por la sagacidad del autor, la estructura en cortos ensayos del libro permite su lectura ocasional y da al lector la posibilidad de empezar y acabar por donde quiera. (DR. R. RUIZ MORAL)



TITULO: **A TEXTBOOK OF FAMILY MEDICINE**

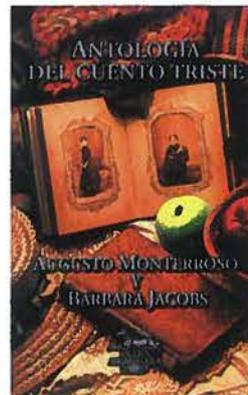
AUTOR: *Ian R. McWhinney*

EDITORIAL: Oxford University Press, Oxford UK, 1997. 448 págs.

Nueva edición de un libro bien conocido por los médicos de familia españoles (la anterior se encuentra traducida al castellano). **Ian McWhinney** es una figura clave en el

resurgimiento y en la reconceptualización de la medicina general actual. Su “textbook” es precisamente un libro en este sentido, un libro cuyo objetivo, al decir del propio autor, no es abarcar el conocimiento existente en una rama de la medicina, sino asentar sus bases, ofrecer el marco genérico en el que se desarrolla la aplicación práctica de unos específicos conocimientos. Más de la mitad del libro se dedica a este fin, los problemas clínicos que aparecen (diabetes, hipertensión, cefalea, dolor de garganta y fatiga), son adecuadas ejemplificaciones de lo dicho desde un punto de vista práctico que terminan por iluminar los aspectos distintivos de lo que es trabajar con la *generalidad* en medicina. **Ian** enriquece casi todos los capítulos en esta edición. El método clínico centrado en el paciente, con la inclusión de la experiencia de dolencia de éste, el razonamiento clínico y la toma de decisiones, así como los aspectos particulares de la investigación en medicina de fami-

lia son temas nucleares que impregnan todo el libro que merece ser leído en su totalidad. Imprescindible para un generalista. (DR. R. RUIZ MORAL)



TITULO: **ANTOLOGÍA DEL CUENTO TRISTE**

COMPILADORES: *Augusto Monterroso y Bárbara Jacobs*

EDITORIAL: Alfaguara, Madrid, 1997. 544 págs.

Son muchas las razones que podría argüir para justificar la inclusión de un libro como éste en una revista sobre humanidades y medicina: que algunos de los autores eran médicos (**Chéjov** o **Mann** por ejemplo), que en algunos de los temas la enfermedad, la deformidad o la incapacidad física o psíquica ocupa un lugar preeminente, que los sentimientos y las vidas de los protagonistas que sufren estos estados son magistralmente descritos, etc. Pero el que **Melville**, **Faulkner**, **Clarín**, **Lugones**, **Onetti**, **Flaubert**, **Joyce** o **Bunin**, entre otros nos cuenten pequeñas y sencillas historias cuya atmósfera aglutinadora es la melancolía, es algo que desde luego no necesita justificación. (DR. R. RUIZ MORAL)



TITULO: **UN ANTROPÓLOGO EN MARTE**

AUTOR: *Oliver Sacks*

EDITORIAL: Anagrama, Barcelona, 1997. 404 págs.

TRADUCCIÓN: Damián Alou

Es el último libro de **Sacks**. Como los anteriores una auténtica delicia. Se encuentra en la misma línea que “*El hombre que confundió a su mujer con un sombrero y otros cuentos*” (M Muchnik ed, Barna 1987) o “*Awakenings*” (sin traducir pero muy conocido a través de la película “*Despertares*”) o “*One leg to stand on*”. No decimos nada nuevo si consideramos a **Sacks** como el más refinado de los narradores clínicos actuales. Algunas de las historias que aquí nos cuenta me han resultado inquietantes, casi todas asombrosas, y nos empujan a reflexionar sobre lo que es el ser humano y sobre lo que está hecho. Por ejemplo, especialmente en las historias que tienen como protagonistas a un pintor que pierde la noción del color y a

una persona que recupera la visión cuando es ya adulto, se nos adentra en el funcionamiento de los procesos perceptivos-cognitivos y se nos revela su doble naturaleza: la fisiológica y la personal, como **H Maturana** ha defendido y demostrado, no es un mundo lo que percibimos o construimos, es nuestro propio mundo, con un estilo propio, una voluntad, una orientación únicas (“*el mundo que cada uno trae a la mano*” en palabras de este gran neurofisiólogo chileno). Permítaseme llamar la atención sobre la gran trascendencia de enfoques y análisis como éstos: representa la fundamentación de la actitud tolerante como la única posible y la más razonable. Pero hay más cosas desde luego; cuando **Sacks** tras convivir con los pacientes que son objeto de estudio (tras visitarlos en sus lugares de trabajo, en su ambiente familiar, en sus vacaciones o cuando se divierten), nos relata su cotidianidad, sus pensamientos, sus inquietudes, sus comportamientos, en definitiva, la historia de cada una de las personas retratadas (un joven hippie víctima de un tumor cerebral, un cirujano tourético, una persona capaz de recordar obsesivamente y con todo lujo de detalles su pueblo natal tal y como lo dejó cuarenta años atrás, o dos casos de autismo), hace que nos sintamos verdaderamente como *antropólogos en Marte*; ésto es, nos dibuja sus mundos transformados, alterados, rotos, absorbidos por la enfermedad, pero también adaptados a ella y con nuevas y hasta entonces insospechadas facetas para nosotros: lo inesperado, lo inimaginable, las profundidades de la naturaleza humana, que de no ser por ellos nunca quizás conoceríamos y que sólo ellos nos pueden enseñar. Esto es la esencia de la narrativa clínica, ¿no es esto la esencia de la medicina?. (DR. R. RUIZ MORAL)



TÍTULO: **DIARIO (1932-1987)**
 AUTOR: Miguel Torga
 EDITORIAL: Alfaguara, Madrid 1988.
 478 págs.
 TRADUCCIÓN: Eloísa Álvarez

TÍTULO: **DIARIO II. ÚLTIMAS PÁGINAS (1987-1993)**
 AUTOR: Miguel Torga
 EDITORIAL: Alfaguara, Madrid 1997.
 289 págs.
 TRADUCCIÓN: Eloísa Álvarez

Miguel Torga fue un escritor y poeta portugués, poco conocido en España, que murió en 1994 a consecuencia de

un penoso proceso tumoral. Era médico y escribió unos diarios a lo largo de toda su vida en los que nos invita a reflexionar sobre la existencia, la naturaleza, la gente, la libertad... Era un hombre de campo nacido en **San Martinho de Anta**, en la provincia portuguesa de **Trás-os-Montes**, en el año 1907. Hijo de labriegos y arrieros, amante del monte, de la caza y de los viajes, disfrutó compaginando su trabajo de médico con el de poeta y escritor. Murió a los 86 años de edad, después de una prolongada actividad; estuvo trabajando como otorrino, hasta pasados los 80 años, en la consulta que tenía en el centro de **Coimbra**. La escucha terapéutica, una de las facetas más importantes en el trabajo diario del médico de atención primaria, está presente en numerosas ocasiones en las páginas que escribió; nos comenta entrevistas con sus pacientes, nos habla de la muerte y de la impotencia del médico ante su evidencia, nos muestra sus sentimientos e incluso su propio dolor. También nos cuenta todo lo que aprende al escuchar a sus pacientes e intentar ayudarles: “*He secado más lágrimas que recetado medicamentos*”. Sus anotaciones comienzan desde el momento en que dejó la facultad de medicina, “*Paso por esta Universidad como pasa el perro por viña vendimiada. Ni yo me fijo en ella ni ella se fija en mí*”, y se desarrollan durante toda su larga vida. El primer tomo de estos diarios comprende desde el momento en que el autor consigue el título de médico, a los 25 años, hasta que cumple los 80 en 1987. En realidad esta parte son 16 tomos pero se presenta únicamente una amplia selección con los momentos más significativos. Sus páginas están llenas de referencias humanas, entrevistas clínicas y poesías. Destacan las impresiones sobre la muerte de sus padres y las reflexiones sobre su propio final: “*Llevo 25 años lidiando profesionalmente con la muerte y cada vez me siento más incapaz de comprenderla y de aceptarla*”. También nos habla de la actividad médica y de la anamnesis (“*El relato de los padecimientos que hace el paciente a la cordialidad interrogante del médico. Este es el gran instante humano de la medicina*”), como proceso fundamental de la práctica clínica.

El segundo volumen se centra en la última etapa de su vida, de los 80 a los 86 años (1987-1993). En estos momentos **Miguel Torga**, viejo y fatigado, nos habla del sufrimiento y de la enfermedad, de la quimioterapia y radioterapia a la que se debe someter, y medita sobre la vida y la muerte con una lucidez y una sabiduría sorprendentes. Como médicos merece la pena dedicar un tiempo a leer lentamente estas páginas y reflexionar sobre todo lo que en ellas está escrito. (DR. M. AMENGUAL PLIEGO).



HAGA SU VIDA

Emilio Sur Andares
Director Comercial de SEVIFA

Querida Luisa:
15-10-97
Valencia está bien y tiene mucha marcha, aunque yo no creo que pueda salir hasta terminar mi ponencia mañana por la tarde, ya sabes lo en serio que me tomo estas cosas. Ayer en el acto de apertura del congreso vi a otros compañeros de esos que se ven sólo en estos sitios, aunque siempre da alegría encontrarlos.
La verdad que es una buena idea esto de escribir postales. Es más clásico y más romántico también. Y con "Postalexpress" llegan enseguida.
Un beso muy fuerte para ti y los niños.
Juan.

Luisa Martínez
c/ Santa Teresa, 23, 4 izq.
28018 Madrid



Querida Luisa:
19-10-97
La exposición me ha salido muy bien, y creo que a la gente le ha gustado. Algunos me han felicitado, pero estas alabanzas nunca sabes si son verdad. Yo creo que en realidad nadie se entera de nada, pero hay que estar en estas cosas si quieres progresar profesionalmente. Aunque lo más importante son las relaciones que haces en los pasillos.
Bueno, ya mañana termina y el sábado por la tarde estaré en casa. Besos a todos.
Juan.

Luisa Martínez
c/ Santa Teresa, 23, 4 izq.
28018 Madrid



"Me dijo que el viaje real lo organizaría por su cuenta ¿no?. Pues entonces ya está, señor, ahora mismo le decimos el precio total. Sí, mejor que pague en metálico, los cheques y las tarjetas de crédito acaban por salir en los balances que el banco manda a casa."

"Buenos días. Sí señora, pase por aquí por favor. En este despacho estaremos más cómodos. Claro, la entrada es como la de una agencia normal de viajes porque formamos parte de ella, aunque necesitamos una licencia especial, que por supuesto tenemos. De esta manera nuestro trabajo es más fácil y, sobre todo, más discreto. De hecho, la parte de la agencia de viajes, digamos convencional, funciona como cualquier otra."

"Entonces, ha tenido noticias de nuestros servicios a través de una amiga ¿no?. Bueno, pues ella ya entonces le habrá contado que es algo muy sencillo: se trata de documentar un viaje falso para que el cliente disponga de ese tiempo sin necesidad de dar explicaciones a nadie. Muchas veces hay cosas que queremos hacer pero que nos resulta embarazoso o inconveniente decírlas, sobre todo a las personas más cercanas. El lema de nuestro servicio no es el clásico 'haga el viaje de su vida', sino más bien 'haga su vida'. Ni más ni menos que su vida, lo que quiera hacer y con quien quiera hacerlo, al menos durante unos días. Creo que es un servicio importante, ¿no?."

"Por supuesto, confidencialidad absoluta, más que un abogado o un médico. Disculpe, era sólo una comparación, pero si usted es médico sabe tan bien como yo lo importante que es esto. Piense además que en nuestro trabajo la confidencialidad es un elemento imprescindible para gozar de la confianza de nuestros clientes. Nuestro único límite es, y siempre lo menciono al comienzo de la entrevista aunque no

"Creo que debería dejar otra escrita, porque para cinco días es mejor mandar dos como mínimo. Puede elegir en el muestrario de textos. Naturalmente es sólo orientativo, lo importante es darle un tono personal. No hace falta poner las fechas, y además no llevará matasellos al ser de distribución personalizada, pero si quiere ponerla puede darle más verosimilitud. De todas maneras hágalo según tenga costumbre."

SEVIFA, SERVICIO DE VIAJES FALSOS. Licencia C.I. AN 61012-2 (antes Grupo "A" tit. 913). E mail monte@ctv.es



sea necesario como en este caso, la ley. Somos una SEVIFA, una empresa legalmente autorizada y registrada. Tenemos un teléfono, un local abierto al público, ... incluso una dirección en Internet. Y como cualquier otra entidad o ciudadano particular, estamos obligados a colaborar con la justicia, cosa que hasta ahora nunca ha sido necesaria. Pero es que además es bueno como estrategia empresarial, ya que nuestra oferta de servicios va dirigida a gente normal y corriente, a personas que quieren disfrutar de su libertad, discretamente.”

“Entonces, ¿cuantos días son? Y durante esos cinco días, ¿dónde estaría, digamos supuestamente? Ah, bien, bien, se trata de un congreso científico en Valencia, de acuerdo. Está inscrita ya, supongo. Pues para estas situaciones tenemos un paquete básico, compuesto por lo mínimo necesario para conseguir el efecto deseado.”

“Vamos a ver, un paquete básico, es decir, billetes de avión, factura del hotel y el guión. Le sugiero además algunos complementos. Habría que recoger documentación, libros y objetos de esos que dan los laboratorios. ¿Quiere enviar postales, o comprarlas de recuerdo? ¿Y fotos? Bien.”

“Como es cerca de Navidad creo que sería una

buena idea encargar algunos regalos. Siempre está bien cuidar a la familia. Para los niños pueden ser juguetes de los que anuncian en la tele, pero de los más baratitos porque algo habrá que dejar para Reyes ¿no? Sí, quizá mejor un juego de mesa, que no son caros, siempre que les venga bien por su edad... Lo otro podría ser una cosa sencilla, como una corbata elegante...”

“Si el destinatario colecciona algo es más fácil acertar, aunque a veces es contraproducente precisamente por el conocimiento que tiene de la materia o el riesgo de que tenga el objeto repetido. Comprendo, un regalo con más personalidad... ¿Y un sombrero?”

“En todo caso es muy conveniente que especifique bien los detalles. Incluso lo mejor es que nos diga usted misma en qué tienda lo ha visto o podemos encontrarlo: como ahora hay tantas cadenas comerciales que son iguales en todas partes, no hace falta traer del sitio ni el envoltorio. Aunque estaría bien comprar algo típico... ¿qué le parece una reproducción en miniatura de algún ninot indultado?”

“Bueno, son los precios del mercado. Vamos a ver, lo que más encarece es el avión y el hotel: ¿necesita realmente los billetes y todas las facturas? Claro, si no tiene que justificar el viaje administrativamente sino sólo en casa puede ser mucho más barato.”

“Y además hasta se come bien aquí. ¿Has visto a los sitios tan estupendos a los que te traigo? Por cierto, hoy he tenido tres clientes más de viajes falsos y todos iban a Valencia, a un congreso de médicos. Un hombre y dos mujeres. Y para colmo, eran especialistas en familia o algo así. ¡Qué casualidad! Bueno, para la empresa mejor, porque con un agente que mande me resuelve todo y se trae las cosas de los tres.”

“La verdad es que desde que montamos este nuevo servicio hemos aumentado el negocio, aunque todavía hay pocos que contratan también con nosotros el viaje verdadero. Yo creo que se van en el coche a algún lugar perdido. Las mujeres son generalmente más cuidadosas, y piensan en todos los detalles. Una de las de hoy ha contratado incluso el trucaje del cuentakilómetros del coche, porque dice que

SEVIFA, SERVICIO DE VIAJES FALSOS. Licencia C.I. AN 61012-2 (antes Grupo “A” tít. 913). E mail monte@ctv.es

su marido siempre está pendiente de cuándo hay que cambiar el aceite y se puede dar cuenta. La verdad es que a medida que hacemos más trabajos vamos aprendiendo más.”

“Pues nunca hemos tenido ningún fallo, salvo cuatro o cinco reclamaciones causadas por malentendidos: compras que el cliente decía que no eran las acordadas, un juguete que ya tenía el niño, o un pantalón que no era de la talla. Y siempre porque no se ha especificado bien. Pero así, que lo hayan cogido, nunca. Date cuenta que somos muy sistemáticos, y eso es lo importante. Es como si hiciéramos el guión de una película, o más bien el libro de rodaje. Con la ayuda del cliente escribimos una historia breve, de una o dos páginas, donde vienen todas las cosas que supuestamente va a hacer cada día. Luego elegimos algunos tangibles relacionados con las situaciones imaginadas: una entrada del Museo del Prado por ejemplo, usada claro está, insignias del congreso si es el caso, documentación, etc. Finalmente, y dependiendo de sus costumbres, seleccionamos los regalos y recuerdos más apropiados. Al volver de su viaje real se pasa por la agencia y recoge las cosas, o nos deja dicho qué día y a qué dirección quiere que se lo enviemos por mensajero.”

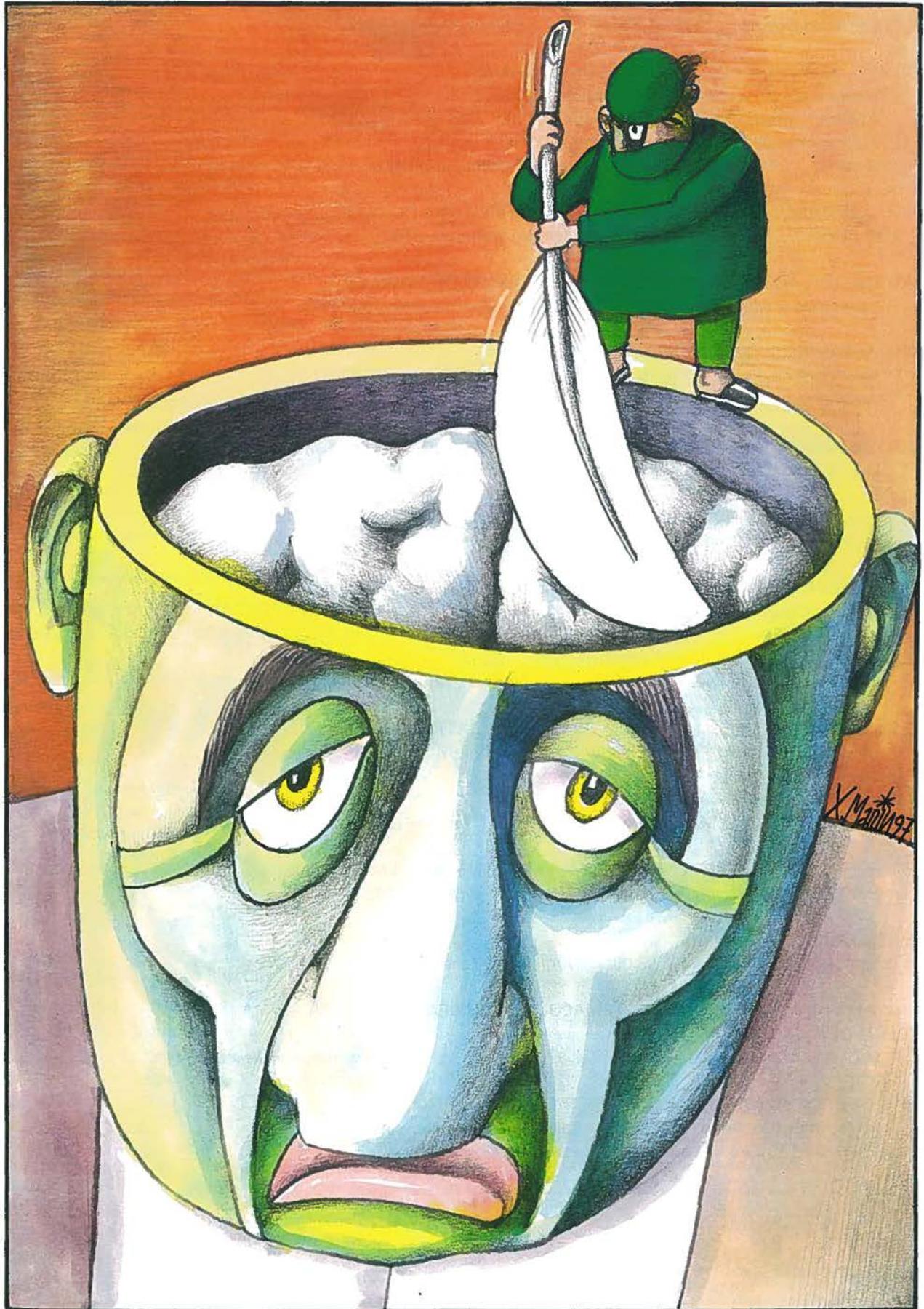
“Y la técnica, que también ayuda. El mes pasado le hicimos un montaje fotográfico por ordenador a un notario porque era muy aficionado a las fotos típicas de turista y pensaba que en su casa iban a encontrar raro el que volviera sin ninguna. De todas maneras siempre lo ofertamos, porque llama la atención y es de lo más sencillo. Pues a éste que te digo, lo pusimos junto a cuatro o cinco monumentos; incluso le ‘hicimos’ una sentado en la sala de reuniones.”

“Bueno, y lo de los teléfonos móviles. Antes, cuando no estaban tan extendidos, las cosas eran más difíciles, aunque lo resolvíamos con la secretaria del congreso y la recepción del hotel. Pero eso sí, el cliente tenía que mantener un contacto periódico con nosotros y llamar a su casa desde teléfonos públicos. Y menos mal que los aparatos que detectan el número desde el que se llama no los tenía nadie entonces. Hoy día el único problema es que el cliente sea tan tonto que conteste como el del chiste si lo llaman: ¿y cómo te has enterado que estoy aquí?”

“Tienes razón, hay veces en el que estas situaciones son inevitables o, simplemente, se plantea la relación así. Pero siempre me llama la atención el que, al regreso, digan que vuelven a la realidad. ¡La realidad! ¡Como si estos paréntesis no fueran reales! Creo que en muchas ocasiones hay más vida en un par de días de escapada que en meses de ‘realidad’. La verdad es que vivirían más felices si, en vez de poner el paréntesis así normal (), lo pusieran al revés) (. Al fin y al cabo, muchos de los que utilizan un SEVIFA hacen, más que un viaje falso, una vida falsa el resto de los días.”

“Pues claro que no, cariño. ¿A ti cómo voy a cobrarte? Además, ya sabes que me paga tu marido para hacerte creer que este fin de semana está en una reunión de la empresa. Pero bueno, ya está bien de hablar de trabajo. Voy a tomarme otro chupito de orujo: está buenísimo. ¿Pedimos el café ahora o lo tomamos después de la siesta?”

*Dedicado a las personas
que no se atreven a llamar verdadera
a su vida más real.*



I. CONCEPTO:

HUMANA es un espacio para la expresión y el análisis en las áreas de las ciencias sociales y las humanidades en su nexo con la medicina, y por ello su objetivo es el de recibir y proyectar ideas y experiencias de y hacia nuestro entorno cultural y lingüístico, hasta constituirse en un gran foro de debate sobre la dimensión social y humana de la medicina.

Nace pues con la intención de provocar, de inquietar, de suscitar crítica, de mostrarnos otras visiones de lo cotidiano y de aquello que no lo es tanto, en nuestra práctica profesional. De este modo, HUMANA considerará para su publicación aquellos trabajos que estando relacionados con los fines expuestos, contengan aportaciones de elevado interés y contribuyan a enriquecer el conocimiento, la sensibilidad crítica y la formación de los profesionales de la salud.

II. INFORMACION PARA AUTORES:

Todos los trabajos remitidos a HUMANA deberán de cumplir unos requisitos mínimos de orden y presentación preestablecidos, así como ser acordes con aquellas normas específicas que, para cada sección, se señalan.

Todos los trabajos deberán acompañarse de una carta de presentación del autor principal dirigida al Secretario de Redacción de la revista HUMANA y enviada a Ediciones ERGON (C/ Antonio López, 236, 3º. 28026 Madrid) indicando la sección en la que se desea publicar la citada aportación.

Se enviarán tres copias en papel y una en un diskett informático indicando el procesador de textos utilizado.

El autor deberá informar en dicha carta si el trabajo enviado ha sido remitido total o parcialmente para su publicación a otra revista y si tiene cualquier tipo de beca, subvención o ligazón comercial que debiera conocerse. Los trabajos deberán de ser presentados en papel blanco tamaño A4 escritos a doble espacio, a razón de 65-75 pulsaciones por línea. Todas las páginas deberán de estar numeradas de modo correlativo en la parte derecha del papel, bien en su esquina superior o inferior. Siempre en la primera página se hará constar el título; autores por orden de importancia en la realización; profesión, títulos o especialidad de los autores; institución o instituciones a las que pertenecen; nombre, dirección, teléfono, fax y correo electrónico si lo tuviera, de la persona de contacto. Las tablas y las figuras (gráficas, fotografías o dibujos con calidad suficiente para ser reproducidos) se pondrán cada una en hojas separadas numeradas de modo independiente y correlativo a su orden de aparición o citación en el texto y deberán ir acompañadas de una leyenda escrita en hoja incorporada al texto.

Siempre que se considere necesario, los autores podrán utilizar notas al pie de página.

La bibliografía deberá ajustarse a las normas recomendadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).

El Consejo de Redacción se reservará el derecho de rechazar los trabajos o colaboraciones que no juzgue apropiados y de proponer modificaciones de éstos cuando lo considere necesario.

El Consejo de Redacción acusará recibo de los trabajos recibidos y posteriormente notificará a los autores sobre su aceptación.

El autor recibirá las pruebas impresas cuando el artículo se halle en prensa para su publicación. Estas deberán ser devueltas en las 48 horas siguientes a su recepción con las correcciones oportunas.

Los trabajos aceptados quedarán en propiedad permanente de HUMANA y no podrán ser reproducidos ni total ni parcialmente sin su permiso.

I.- TRIBUNA

• **Cartas al Director:** Espacio concebido para la libre expresión de los lectores. Se procederá a una selección de aquellas cartas que a juicio del Consejo de Redacción, contribuyan más al aporte de ideas en relación a las dimensiones social y humana de nuestra profesión. Merecerán nuestro especial interés aquellas aportaciones más originales y creativas, que contribuyan a desarrollar el debate y la reflexión sobre los temas mencionados.

La extensión máxima de la carta será de 25 líneas y podrá contener un máximo de 4 citas bibliográficas. El autor o autores, podrán sugerir un título o encabezamiento.

• **Opinión del lector:** Este apartado estará dedicado a recoger la opinión del lector sobre un tema prefijado. La selección de dicho tema se realizará en base a criterios de relevancia humanística del quehacer del médico de familia, tanto de su desempeño como de su formación. Tendrán cabida, por tanto, en esta sección tanto las colaboraciones de los lectores como las propiciadas desde la revista.

Esta sección tendrá el carácter de pequeño artículo, con una extensión máxima de cincuenta líneas. Podrán contener hasta un máximo de 4 citas bibliográficas. El autor o autores deberán sugerir un título o encabezamiento.

2.- RELATOS EN PRIMERA PERSONA

• **Relato sobre experiencia de salud/enfermedad o cuidados:** Este apartado incluirá una narración (en prosa o verso) de la vivencia que, sobre salud/enfermedad y la experiencia de cuidar personas discapacitadas, ha tenido una persona concreta; aquí se incluye cualquier aspecto subjetivo que se tenga interés en transmitir sobre esas experiencias personales. Aspectos como por ejemplo: el cómo se vive diariamente con una enfermedad concreta o cuidando a un enfermo, por qué hemos sufrido o seguimos sufriendo, pero también cómo nos ha enriquecido personalmente esa experiencia, cuál es el significado que tiene, qué modificación del mundo personal, íntimo, familiar, espiritual, cotidiano, relacional, ha supuesto. Otro aspecto específico importante, es describir cual es la visión, desde la perspectiva del paciente, del mundo sanitario en general y de sus profesionales. Indistintamente esta perspectiva incluirá las aportaciones que se consideren de interés de cualquier persona que haya sido alguna vez paciente. Por su carácter específico, serán objeto de una atención aparte las aportaciones de médicos que han sido o son pacientes. Igualmente este apartado recogerá colaboraciones que aporten aquellos escritos o selección de ellos que, sobre este tema, hayan realizado escritores de cualquier época o procedencia. Aquí se incluirán tanto la historia autobiográfica como la literaria propiamente dicha.

Narración libre con una extensión máxima de 5 hojas. Los trabajos podrán ser publicados bajo seudónimo si el autor así lo hace constar. La selección de textos de escritores podrá enviarse con o sin comentarios adicionales, haciendo constar la edición de la que se han extraído los textos con el fin de poder solicitar el permiso para su reproducción.

• **El compromiso social del hombre:** Tiene como objetivo facilitar la difusión de experiencias de compromiso social en el campo de la salud y la asistencia sanitaria que impliquen una acción en beneficio de una comunidad o un grupo social o de la sociedad en general, más allá de los límites de la propia profesionalidad, así como promover la visión del compromiso social como parte de la actitud global del médico y del profesional sanitario en su relación con la sociedad.

Se trata de un relato en primera persona de un profesional sanitario (o cualquier otra persona que haya participado en alguna acción social relacionada con la salud) acerca de sus impresiones y vivencias relacionadas con su participación en una acción humanitaria o de compromiso con un grupo social o una comunidad. Se expondrán

las propias vivencias en relación con una acción realizada, o en la que se esté participando más que opiniones personales acerca de un determinado compromiso social.

El relato contendrá siempre, aunque expuesto de manera libre, la identificación de la persona que lo expone, la institución desde la que se realizó la acción y el grupo social o comunidad para el que se trabajó.

La extensión máxima será de 5 hojas.

3.- ORIGINALES

El objetivo de esta sección es el de estimular y fomentar la investigación en individuos o grupos que van adquiriendo cierta experiencia en estas áreas. La revista podrá admitir originales de investigación que traten sobre la temática de la revista, es decir, con cualquier aspecto de las humanidades y las ciencias sociales en su nexo con la medicina, especialmente con la medicina de familia y comunitaria y la atención primaria de salud, que tengan forma de trabajo científico con los siguientes apartados: introducción, material y métodos, resultados y discusión.

La extensión máxima será de 10 hojas y se admitirán hasta 4 figuras y 4 tablas. Es recomendable que el número de firmantes no sea superior a seis.

Los trabajos deberán adaptarse a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, recomendadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ver requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas médicas. Aten Primaria 1991;8: 833-839).

4.- FORO

Es un espacio destinado a dar a conocer líneas de trabajo, experiencias o actividades concretas realizadas, que pueden resultar de interés al lector por ser de gran significación, relevancia o novedad. Dicha sección estará fundamentalmente orientada a recoger experiencias de grupos, vinculados o no a la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y de unidades docentes, que deseen hacer aportaciones concretas a los aspectos relacionados con la orientación y fines de la revista.

Si bien puede haber una pequeña parte descriptiva de lo que, en relación a ese tema, se está haciendo, se deberá dar una mayor importancia a la "justificación", al "análisis" y a las "conclusiones o resultados" de esa línea de trabajo o experiencia.

No se trata de un espacio para la simple descripción de proyectos ni noticias de grupos o unidades docentes. Los contenidos han de suscitar la reflexión y no sólo informar.

El autor o autores deberán pertenecer siempre a un grupo de trabajo o unidad docente y enviar su colaboración en calidad de tal.

El número máximo de firmantes será de tres y podrán citarse al final del artículo los nombres de los miembros del grupo o de las personas que han participado en la experiencia que se relata.

La extensión será de un máximo de 5 hojas y hasta 3 tablas o figuras.

Preferiblemente se utilizará apoyo bibliográfico, con un máximo de 8 citas.

5.- EXPERIENCIA

• **Caso clínico centrado en el paciente:** Descripción de un caso que suponga una aportación interesante y sea de ayuda al clínico, especialmente en la comprensión de los aspectos personales de la dolencia y de la experiencia particular del paciente. No deberá de enfocarse tanto en la patología orgánica como en la experiencia global de la dolencia del paciente. Una orientación sobre este enfoque puede ser consultada en: Freeman TR. The Case Report as a Teaching Tool for Patient-Centered Communication. In: Stewart M, Brown JB, Weston W, et al. editors: Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinician.

cal Method. Sage Publications, London 1995. Pp: 168-184.

La extensión máxima del texto deberá ser de 5 hojas, 2 figuras y 6 citas bibliográficas, y deberá contener los siguientes apartados:

Introducción: Muy breve, enmarcando y explicando los aspectos de interés del caso que se va a describir.

Caso clínico: deberá incluir la siguiente información (aunque no necesariamente en el orden que aquí aparece):

- Motivo principal de consulta: breve descripción de la sintomatología así como de la conducta de enfermedad que lleva al paciente a la consulta.

- Experiencia de dolencia del paciente: recogerá las ideas, temores, sentimientos, expectativas, los efectos del proceso sobre su función y el significado que para el paciente tienen los síntomas (el modelo de creencia sobre salud que tiene el paciente). Esta descripción debería incluir palabras textuales del paciente que ilustren la cualidad subjetiva de la dolencia (adjetivos, metáforas, descripciones que utiliza el sujeto para comunicar sus síntomas o quejas)

- Antecedentes médicos y enfermedad actual, incluyendo los clásicos elementos de la historia clínica (antecedentes, enfermedad actual, examen físico, pruebas complementarias, etc.)

- Comentarios sobre el individuo concreto: la fase del ciclo vital en el que está y sus aspectos biográficos más relevantes y pertinentes. Su contexto sociolaboral y familiar (historia familiar, genograma, fase del ciclo familiar).

- La relación médico-paciente: debe de incluir la descripción sobre cómo se ha desarrollado la relación en el ámbito profesional. Si es posible, identificar el modelo de relación que el sujeto parece desear o en el que se está desarrollando ésta (p.e. si tomamos el análisis transicional: paternalista, de madurez, etc; otros). Temas de transferencia y contratransferencia y temas relacionados con la búsqueda de acuerdos entre ambos.

También se pueden incluir aquí cuestiones sobre el manejo técnico del problema.

Lista de problemas: a modo de resumen se deben exponer los problemas de índole médico, psicológico o contextual que presenta el paciente.

Evolución: Se comentará si se considera necesario.

Discusión: Debe enfocarse hacia los aspectos generales que este caso haya podido mostrar. La discusión se puede centrar en el/los temas que se considere/en más interesante/s. Debería discutirse al menos uno de los siguientes: los relacionados con la experiencia de enfermedad del paciente; con los aspectos biomédicos, epidemiológicos, sociológicos antropológicos; y la relación médico-paciente. El apoyo para realizar esta discusión debe encontrarse en la narrativa y poesía sobre la experiencia de enfermedad y en la literatura médica en general: desde la perspectiva de la patología a la epidemiología, pero también de la psicología y sociología. A modo de integración de toda la información recogida y discutida, debe justificarse el manejo concreto del caso en cuestión.

Se admitirán hasta un máximo de tres breves notas aclaratorias al final del texto

• **Experiencias de actividades comunitarias:** Su objetivo básico será el de describir una experiencia o fenómeno contemporáneo dentro del contexto de la vida real, poniendo en relación los datos, captando su configuración y evolución, de forma que el lector pueda comprenderlo. Los trabajos de esta sección seguirán la forma de un estudio de caso naturalista.

La extensión será de un máximo de 6 hojas, con un máximo de 4 tablas o figuras.

Los autores garantizarán la confidencialidad de las personas cuyas acciones u opiniones son narradas pero se expondrán datos que muestren que el hecho fue un evento o proceso real y permitan ubicar su contexto.

• **Lo que vi-ví:** Se trataría de un narración de un

médico, que por sus cualidades y experiencia, o el enfoque que haya dado a su práctica, considere que puede servir de ejemplo o aportar información valiosa al médico de familia actual. Relatar las condiciones en las que se practicaba la medicina de cabecera. Interesa sobre todo el testimonio de médicos protagonistas del Sistema Sanitario en la primera mitad del presente siglo, a poder ser escrito directamente por ellos.

El texto deberá incluir una breve reseña biográfica y curricular del autor (4 líneas). La extensión será de un máximo de 4 hojas pudiendo acompañarse de dos figuras.

Si el protagonista de este apartado lo solicita, en lugar de un texto redactado por el mismo, se podrá compendiar una entrevista grabada. En este caso el texto se hará en primera persona del singular haciendo constar al autor del mismo como "compilado por...", u otra referencia similar.

6.- LA IMPORTANCIA DE LO ESCRITO

No se trata en esta sección de hacer revisiones bibliográficas, al modo clásico de otras revistas médicas. Tampoco de agotar un tema concreto o informar de "lo último". Se trata de notificar esos pequeños tesoros que de vez en cuando arroja a la orilla la vorágine de artículos en las revistas y libros sanitarios; pequeños tesoros que hablan de la dimensión humana de la medicina. No es fácil que un explorador solitario pueda localizar, él solo, todas esas perlas, por lo que ésta será también una sección abierta a la colaboración del lector.

La extensión máxima será de 2 hojas por artículo o libro comentado, y se deberá incluir, además del nombre y apellidos de quien envía la reseña, el título de la obra o artículo, el nombre completo del autor o autores del mismo, la editorial, la ciudad donde se editó, el año de edición, y el número de páginas. A su vez, si es un texto traducido, se añadirá también el nombre del traductor del mismo. ■

HUMANA

INFORMATION FOR AUTHORS AND PUBLICATION GUIDELINES

I. CONCEPT:

HUMANA provides a space to express and analyze the social science and humanities areas in their relationship to medicine and thus it aims to receive and project ideas and experiences from and towards our cultural and linguistic environment in order to establish an extensive debate forum on the social and human dimension of medicine.

Thus, it is born with the intention of provoking, concerning or raising criticism and of showing us other views of daily events and those that are not so common in our professional practice. Therefore, HUMANA will consider for publication those works that, being related to the objectives given, have highly interesting contributions and contribute to the enrichment of knowledge, critical sensitivity and training of health professionals.

II. INFORMATION FOR AUTHORS:

All the works submitted to HUMANA should fulfill preestablished minimum requirements of order and presentation as well as agree with those specific guidelines indicated for each section.

All of the works should be accompanied by a submission letter from the main author directed to the Editorial Secretary of the HUMANA Journal and sent to Ediciones ERGON (C/Antonio López, 236, 3º, 28026 MADRID) indicating the section in which the contribution should be published.

Send three hard copies and one computer diskette copy indicating the word processor used.

The author should state in the letter if the work sent

has been completely or partially submitted to another journal for publication or if it has had any type of scholarship, funding or financial relationship that should be known. The works should be presented on A4 white paper, typed double spaced with 65-75 spaces per line. All of the pages should be numbered consecutively on the upper or lower right corner of the paper. The first page should always contain the title, authors in order of importance in the carrying out the work, profession, authors' degrees or specialities, institution or institutions to which they belong; name, address, telephone, fax, e-mail if pertinent, of the corresponding author. Each table and figure (graphs, photographs or drawings with sufficient quality to be reproduced) should be placed on a separate page and numbered independently and consecutively according to their order of appearance or mention in the text and should be accompanied by a written legend on a sheet incorporated into the text.

Whenever necessary, the authors can use footnotes.

References should adapt to the style recommended by the International Committee for Medical Journal Editors (Vancouver style).

The editorial board reserves the right to reject those works or collaborations that they consider inadequate and to propose any modifications when they consider it necessary.

The editorial board will acknowledge receipt of the works and will notify the authors if they have been accepted.

The authors will receive the printed proofs when the article is in press for publication. These should be returned within 48 hours of reception with the pertinent corrections.

Works accepted will remain the permanent property of HUMANA and cannot be totally or partially reproduced without its permission.

I.- PLATFORM

• **Letters to the Editor:** Space conceived for the free expression of the readers. Those letters that, in the opinion of the Editorial Board, increase the contribution of ideas related to the social and human dimension of our profession will be selected. Special interest will be given to the most original and creative articles that contribute to developing debate and reflection on the subjects mentioned.

Maximum extension of the letter will be 25 lines and should contain a maximum of 4 references. The author or authors may suggest a title or heading.

• **Reader's opinion:** This section will be dedicated to obtaining the reader's opinion on a preestablished subject. This subject should be selected on the basis of humanistic relevance criteria on the tasks of the family physician in regards to his performance as well as his training. Thus, collaborations of readers as well as those approved by the journal will be acceptable.

The character of this section will be of short articles, with a maximum extension of fifty lines. The article can contain up to a maximum of 4 references. The author or authors should suggest a title or heading.

2.- NARRATIONS IN THE FIRST PERSON

• **Narrations about health/disease or care experience:** This section will include a narration (in prose

or verse) about the experience that a specific person has had on health/disease and on caring for disabled persons. Here, any subjective aspect that the authors wish to transmit on these personal experience will be included: Aspects such as, for example, how one lives daily with a specific disease or taking care of a patient, why we have suffered or continue to suffer, but also how we have been personally enriched by this experience, what significance it has and what modification of the personal, intimate, familial, spiritual, daily, relational world it has meant. Another important specific aspect is to describe the view, from the patient's perspective, of the health world in general and of its professional workers. Indistinctly, this perspective will include the contributions from any person who has been a patient at one time and that are considered to be of interest. Due to its specific character, contributions from physicians who have been or are patients will be given separate attention. This section will also include collaborations that provide those writings or a selection of them that have been performed by writers of any period of time or origin on this subject. In this section, both the autobiographical as well as literary history will be included.

Free narration with a maximum extension of 5 pages. The works can be published under a pseudonym if the author requests it. The selection of texts of writers could be sent with or without additional comments, stating the edition from which the texts have been taken so as to be able to request permission for their reproduction.

• **The social commitment of man:** Its objective is to facilitate the diffusion of social commitment experiences in the field of health and health care that imply an action in benefit of a community or social group or of the society in general beyond the limits of professionalism itself as well as promoting the view of social commitment as part of the overall attitude of the physician and of the health care worker in relation to society.

This is a first person narration by a health care worker (or any other person who has participated in some social action related to health) on their impressions and experiences related to their participation in a humane action or commitment with a social group or community. One's own experiences in relation to an action performed or in which the person is participating more than personal opinions on a certain social commitment will be presented.

The narration will always contain, although expressed freely, the identification of the person who is presenting it, the institution from which the action is performed and the social group or community for which he works.

The maximum extension will be 5 pages.

3.- ORIGINALS

The objective of this section is to stimulate and promote investigation in individuals or groups that are going to acquire some experience in these areas. The Journal can admit original investigation works that deal with the subject matter of the Journal, that is, with any aspect of humanities and social sciences in its connection to medicine, especially with family and community medicine and primary health care, that has the style of a scientific work with the following sections: introduction, material and methods, results and discussion.

The maximum extension will be 10 pages and up to 4 figures and 4 tables will be admitted. We recommend that no more than six authors sign the paper.

The works should be adapted to the uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (see uniform requirements for manuscripts presented to medical journals. *Aten Primaria* 1991;8:833-839).

4.- FORUM

This space is aimed at presenting specific work areas, experiences or activities performed that can be of interest to the reader because of their great significance, relevance

or novelty. This section will be basically oriented towards gathering group experiences that are related to or not related to the Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) and teaching units that wish to make specific contributions to those aspects related to the orientation and aims of this Journal.

Although there can be a small descriptive part about what is being done in relationship to this subject, greater importance should be given to the "justification," "analysis" and "conclusions or results" of this line of work or experience.

This is not a space for a simple description of projects or news of groups or teaching units. The contents should provoke reflection and not only give information.

The author or authors should always belong to a work group or teaching unit and send their collaboration as such.

The maximum number of signing authors is three and the names of the group members or persons who have participated in the experience reported can be mentioned at the end of the article.

The article can be a maximum of 5 pages with up to 3 tables or figures.

Preferably, reference support will be used, with a maximum of 8 references.

5.- EXPERIENCE

• **Patient centered Clinical case:** Description of a case that is considered to be an interesting contribution and will help the professional health worker, especially in understanding the personal aspects of the ailment and the particular experience of the patient. The approach should not be directed so much to the organic disease as to the overall experience of the patient's ailment. An orientation on this approach can be consulted in Freeman TR. The Case Report as a Teaching Tool for Patient-Centered Communication. In: Steward M, Brown JB, Weston W, et al. editors: *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. Sage Publications, London 1995. Pp: 168-184.

The maximum extension of the text should be 5 pages, 2 figures and 6 references and should contain the following sections:

Introduction: Very short, formulating and explaining the aspects of interest of the case that is going to be described.

Clinical case: This should include the following information (although not necessarily in the order of appearance here):

- Main reason for patient's visit: brief description of the symptoms as well as the disease behavior that led the patient to come to the doctor's.

- The patient's experience with the ailment: the ideas, fears, feelings, expectations, effects of the disease on his function and the meaning that the symptoms have for the patient should be observed (the health belief model of the patient). This description should include textual words of the patient that illustrate the subjective quality of the ailment (adjectives, metaphors, descriptions that the subject use to communicate their symptoms or complaints).

- Medical history and present disease, including the classical elements of the clinical history ((history, present disease, physical examination, complementary tests, etc.).

- Comments on the specific individual: the vital cycle phase in which the patient is found and his most relevant and pertinent biographic aspects. The social-work and familial context (family history, genogram, family cycle phase).

- The physician-patient relationship should include the description of how the relationship develops in the professional environment. If possible, identify the type of relationship that the subject seems to want or in which this is taking place (for example, if we consider transitional analysis: paternalistic, maturity, etc; others). Transference and countertransference subjects and subjects related to the search for agreement between both.

Questions on the technical handling of the problem can also be included.

List of problems: As a summary, the medical, psychological or contextual type problems that the patient present should be explained.

Evolution: This will be commented if considered necessary.

Discussion: This should focus on the general aspects that this case could have demonstrated. The discussion can focus on the subject(s) that are considered to be the most interesting. At least one of the following should be discussed: those related with the experience of the patient's disease; with the biomedical, epidemiological, sociological, anthropo-logical aspects and the physician-patient relationship. The basis of performing this discussion should be found in the narrative account and poetry on the experience of the disease in the medical literature in general; from the perspective of the disease to the epidemiology, but also from psychology and sociology. As a way of integrating all the information gathered and discussed, the specific handling of the case in question should be justified.

Up to a maximum of three short explanatory notes will be admitted at the end of the text.

• **Experiences of community activities:** Its basic objective will be to describe a contemporary experience or phenomenon within the real life context, relating the data, capturing its configuration and evolution so that the reader can understand it. The works of this section will follow the form of a naturalistic case study.

The extension will be a maximum of 6 pages, with a maximum of 4 tables or figures.

The authors will guarantee the confidentiality of the persons whose actions or opinions are narrated but will present data that show that the fact was a real event or process and that make it possible to establish its context.

• **What I experienced:** This will be a narration by a physician who, due to his qualities and experience, or the approach that he has given to his practice, considers that it can serve as an example or supply valuable information to the present family doctor. Relate the conditions in which the family medicine is performed. Above all, the testimony of the physicians participating in the Health System in the first half of this century is of interest and should be, if possible, written directly by them.

The text should include a short bibliographical and curriculum description of the author (4 lines). The extension will be a maximum of 4 pages and can be accompanied by two figures.

If the protagonist of this section requests it, in place of a text written by him, a recorded interviewed could be summarized. In this case, the text should be in the first person singular and its author should be mentioned as "compiled by..." or another similar reference.

6.- THE IMPORTANCE OF THE WRITTEN WORD

Here it is not a question of writing bibliographic reviews in the classical way of other medical journals. It is also not a matter of exhausting a specific subject or reporting on "the latest." What is wanted here is a report on those small treasures that are occasionally washed up to the shore by the whirlpool of articles in the health care journals and books; small treasures that speak of the human dimension of medicine. It is not easy for a single explorer to locate all these pearls by himself, thus this will also be a section open to the collaboration of the reader.

The maximum extension will be 2 pages per article or book commented on and should include, besides the first and last name of the person sending the review, the title of the work or article, the complete name of the author or authors of it, the publisher, the city where it was published, the year of the edition, and the number of pages. Furthermore, if the text has been translated, the name of the translator will be added. ■