



Libros
Virtuales
IntraMed



Capítulo IX

GRANDES PENSADORES EN
LA MEDICINA FAMILIAR

GRANDES PENSADORES EN LA MEDICINA FAMILIAR

Dr. Tomás P. Owens

Hace casi dos siglos el Lancet hablaba de práctica general, pero no es sino en el siglo XIX que toma auge esta medicina de atención primaria, de primer contacto, de vínculo inicial y baja complejidad, de consulta externa, a domicilio y comunitaria (2). Esto fue fruto de la creciente necesidad de sobreponerse a la dicotomía ciencia - arte o humanismo -tecnología en la práctica médica y al hecho de que la población siempre anheló una atención médica más personal, más global, más continua y más cercana a sus caras necesidades sencillas y triviales.

Eduardo Jenner, hace cerca de dos siglos, quizá fue el primer médico "especializado" en "medicina general". Oriundo del pueblo de Berkeley, en Inglaterra, practicó epidemiología clínica antes de que se usase el término y, además de descubrir la vacuna antivariolosa, estudió la anafilaxis, la fiebre reumática, las flores, las plantas y las gentes de su región (3). Un siglo después, también en Inglaterra, floreció una época que se llamó "el verdor de la epidemiología" (4). De esta época, para búsqueda de orígenes recónditos de la medicina general y familiar actual, sobresalen Sir James Mackenzie y William Pickles. Mackenzie, quien atendió el parto de Pickles, es considerado por algunos como el padre de la cardiología por haber sido un estudioso del funcionamiento cardíaco y los factores de riesgo coronario y sus conclusiones sobre lo prospectivo y la benignidad de la arritmia sinusal son hoy clásicos de la medicina. Pickles, médico clásico y padre de la epidemiología moderna, atendió pacientes de los alrededores de Wensleydale durante 50 años, fue estudioso del Herpes Zoster y su relación con la varicela, estudió la hepatitis, la disentería y del sarampión. (7)

Pero tomó otro medio siglo para que llegara el momento de la academización de la práctica general. El primer paso fue la captación del hecho por parte de los médicos generales que su quehacer médico marchaba al ritmo de un tambor diferente, que cumplía las premisas básicas de una disciplina médica, a saber, a) poseía un campo muy suyo de conocimientos, b) incluía un área propia de acciones, c) requería adiestramiento riguroso de postgrado y d) debía promover un esfuerzo rico y vivo de investigación (12). Este paso inicial fue dado en los Estados Unidos, con la fundación de la Academia Americana de Medicina General, creada por 150 médicos generales, en 1947. La misma pujante organización se transforma en la Academia Americana de Médicos de Familia en el año 1969.

Durante el período 1947-1967 se forma la primera generación de médicos de familia, mayormente autodidactas, de una visión asombrosa y un cúmulo de vivencias notables que crearon la base intelectual y la epistemología de la nueva disciplina médica. Esta no tuvo nada de bastarda sino que tuvo

la suerte de tener sus grandes antecesores y sus más próximos progenitores.

Esta primera generación de egregios médicos familiares forma una pléyade de zapadores de distintas áreas del orbe: Henny, en Holanda con sus experiencias clásicas traducidas en las vidas de familias con nombres de flores; Farley en los Estados Unidos con su generación de alumnos, Bob Haggerty, en Harvard, con su pasantía anual en Medicina Familiar, un hito en 1963; Brennan, Hennen y Shires en Canada, dirigiendo los destinos de la práctica familiar canadiense; Julian Tudor Hart, el médico de familia de Gales conocido mundialmente como cardiólogo por sus innumerables escritos en ese campo; Jack Medalie y John Geyman, verdaderos estudiosos estadounidenses quienes, el primero en Cleveland y el segundo en Washington crean una tradición de excelencia y de discípulos de primera línea. Gabriel Smilkstein*, Robert Rakel y Robert Taylor, también norteamericanos, artífices de dos grandes textos de Medicina Familiar de divulgación mundial, y muchos otros iniciadores de la Medicina Familiar moderna. Pero en los párrafos siguientes deseamos centrar nuestra atención en cinco personajes y resaltar el impacto de sus iniciativas en lo que hoy es el rico y grandioso campo de la Medicina Familiar. Estos son los ingleses John Fry y Ian McWhinney, los norteamericanos Gayle Stephens y Lynn Carmichael y el húngaro-inglés Michael Balint.

John Fry

Perpetuó Fry la tradición de la epidemiología clínica práctica del médico general inglés; médico de familia afable, sencillo pero profundo en su concepción de las bases de la Medicina Familiar. Trabajó toda su vida en un pueblo del sur de Inglaterra, donde hizo un análisis y una síntesis de sus 2400 pacientes atendidos durante su vida.

Fry se percató que la aparición de los padecimientos de la comunidad a su cargo podían clasificarse en cinco formas distintas y éstas podían dibujarse como líneas. Una línea horizontal representa los trastornos que no varían como son los problemas congénitos. Una línea descendente recta implica trastornos que se encuentran en la niñez y desaparecen a medida que pasa el tiempo, como la rinitis alérgica. Una línea recta ascendente nos indica los problemas que aparecen con el devenir de los años como las artrosis y el cáncer. Una campana, como la estadística, nos revela los padecimientos que aparecen durante la vida adulta y tienden a desaparecer como la migraña, la úlcera péptica y la cervicitis. Finalmente, una curva de campana invertida nos hace ver los padecimientos

tos que aparecen en la niñez y después de larga quiescencia retornan en el geronte, como sucede con algunos procesos espasmódicos bronquiales y con el estreñimiento.

Fry popularizó, junto con McWhinney, lo que llamó la "categorización binaria" en la cual, en forma abrupta el médico, en muchos casos trata de distinguir las alternativas diagnósticas: ¿proceso viral o bacteriano? ¿abdomen agudo o no agudo? ¿problema funcional u orgánico? ¿trastorno psicológico o no psicológico? y todas las implicaciones que resultan de este enfoque.

John Fry comprendió el paradigma biopsicosocial, propugnado por Engel, en forma profunda y humana. Reveló que en su población adscrita el problema médicosocial principal era la pobreza: calificó de pobres a 300 de sus pacientes y este ocupó el primer lugar entre sus diagnósticos sociales. Su calor humano es sentido al observar el dibujo de un niño desnutrido en cuclillas que aparece en su texto "Family Medicine" y al cual le pone el título de "Mi nombre es ahora", el mismo de la poesía de Gabriela Mistral sobre el niño latinoamericano. ¿Habrá sido mera casualidad o habría leído a la insigne chilena galardonada con el Premio Nobel?

** ucraniano-norteamericano quien con su APGAR familiar es zapador en instrumentos de medición del funcionamiento familiar*

Fry se preguntó cosas sencillas pero raigales en la práctica médica actual: ¿qué es curable? ¿qué es tolerable?; ¿qué es normal?; ¿qué es prevenible? Habló de los "palacios de la enfermedad" (los hospitales), la enseñanza en la comunidad, la experiencia de la práctica médica rutinaria, la crisis de la fuga de cerebros en la medicina y muchos otros temas. Su texto magistral Medicina Familiar presenta capítulos muy interesantes confeccionados por otros médicos generales amigos de Fry, algunos de los cuales han descollado en otros campos como es el caso de Burkitt, tan conocido por sus estudios del linfoma por virus.(8, 9)

John Fry, ya fallecido, dejó una huella imborrable, para las futuras generaciones de médicos de familia. Desde su "The catarrhal child", en 1961 hasta la quinta edición de su libro "Common Diseases" son lecturas obligantes para el clínico actual.

Ian McWhinney

Uno de los más respetados filósofos e investigadores de la medicina de este siglo, los primeros años de práctica los hizo en el consultorio de su padre, médico general, de la localidad de Stratford-on-Avon, pero en 1963 visitó Harvard y un número plural de centros del resto de los Estados Unidos y publica un artículo en el Lancet donde ya establece los criterios de una disciplina médica, a saber, un campo único de acciones, un cuerpo definido de conocimientos, un área activa de investi-

gación y un adiestramiento intelectualmente riguroso.(12)

En 1968 se traslada McWhinney a Canadá y funda el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Western Ontario, en la ciudad de London donde aun reside. Trajo consigo al Canadá su experiencia en medicina general rural de más de una década de práctica. Ya había escrito un libro titulado "Los signos tempranos del padecimiento" y a inicios de la década del 70 publica tres artículos claves de la Medicina Familiar en el New England Journal of Medicine en los cuales sienta las bases intelectuales de la Medicina Familiar, en paralelo con Gayle Stephens. En estos clasifica la razón de la visita del paciente al consultorio, con la introducción de términos, hoy clásicos, como "paciente lantánico", "paciente heterotético", y "límite de ansiedad" o "límite de tolerancia" y una taxonomía de problemas sociales que predispone al padecimiento, como "cambio", "estrés", "pérdida" o "esperanza frustrada".

McWhinney analiza de manera profunda la relación médico-paciente en particular dentro del modelo holístico de la profesión. Aclaró qué tipo de pacientes atiende el experto en Medicina Familiar y las diversas destrezas propias de este nuevo médico como lo son la solución de problemas indiferenciados, la identificación de las pequeñas desviaciones de la normalidad, el uso de la relación médico-paciente para una mayor efectividad y el buen uso de los recursos de la comunidad para beneficio de sus pacientes.

McWhinney también se percató de las decisiones que debía tomar el médico de familia que son menos frecuentes en otros profesionales, a saber, la decisión de esperar cuando la evolución del padecimiento es errática o la decisión de remitir a otro cuando es realmente necesario. Así ideó los cuatro tipos básicos de referencias o interconsulta: "limitadas", "colaterales", "cruzadas" o "fragmentadas".

Durante los últimos años el maestro inglés-canadiense, se ha enfrascado en la búsqueda de la síntesis en vez del análisis en la epistemología de la ciencia. Lo hemos visto en sus seminarios y talleres sobre como intuir la diferencia entre la medicina basada en la escuela de Cos o la escuela de Cnidos, entre lo reduccionista y lo holístico.(13)

Busca afanosamente una nueva síntesis entre la ciencia, la tecnología y el arte de la medicina; trata de romper el dualismo en la práctica médica y descarta la compartimentalización del pensamiento, aclara los ejemplos paradigmáticos de la medicina como es el caso de condiciones como el dolor crónico donde el síntoma es el problema principal; se pregunta ¿qué es normal y qué no es normal? ¿qué significa la palabra "función" y cual es la real "causa" de muchos padecimientos? Por razón de McWhinney la Medicina Familiar se halla a la vanguardia de este pensamiento profundo en las postrimerías de nuestro siglo XX.

Gayle Stephens

Pequeño, fornido, locuaz, sencillo, con una visión religiosa pero pragmática de la realidad médica moderna, es un verdadero filósofo de la ciencia médica norteamericana contemporánea. Como Director del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Alabama, en Birmingham, uno de los primeros centros médicos del continente, se adentra en el estudio de la re-inserción del humanismo dentro de la práctica médica. Pronto se transforma en un gurú de la medicina de familia y sienta la base doctrinaria de la nueva disciplina. Proclama con énfasis que para sobrevivir en la sociedad actual cada individuo requerirá de un médico compasivo y de confianza: un médico de familia.

Stephens enuncia un trío de ideas discutibles sobre la ciencia de hoy: que para conocer a cabalidad un objeto hay que reducirlo a las dimensiones más pequeñas; que los sistemas más complejos pueden ser reducidos a la física o la química; y que, en principio, todo problema humano posee una solución tecnológica. También enumera una cuarteta de falacias sobre el generalista, como son: “yo no soy tan hábil como para saber tanto como debe saber el generalista”, o el confundir información con nuevo conocimiento, o considerar que la ambigüedad se elimina con la fragmentación, o finalmente, que el conocimiento es lineal o acumulativo y todo debe retenerse en el cerebro.

Stephens indica que la medicina siempre se practica dentro de un contexto de valores, creencias y recompensas que no son productos de la ciencia sino que se derivan de la cultura (14). El médico de familia es concebido como un agente moral, caritativo en el sentido de Pinel y “bueno” en el sentido cultural. Toma el término de la microbiología para explicar que el médico de familia es un “psicoterapeuta obligado”; debe comprender el fenómeno de la contratransferencia, identificar la personalidad de su paciente, comprender el conflicto dinámico, percibir el estímulo iatrotrofico, ordenar prioridades y adaptar estrategias. Esta nueva disciplina, dice el profesor de Alabama, marcha a un compás distinto al del resto de la medicina y esto se revela en diferencias de tiempo, de contenido y de estilo, que son epifenómenos si se comparan con las creencias fundamentales.

Propugna Stephens fomentar investigación científica “blanda” en la nueva disciplina de Medicina Familiar por ser esta una especialidad casi totalmente clínica, que intenta considerar la totalidad de la persona y emplea el modelo de “padecimiento” en vez de el de enfermedad. Una de las páginas más bellas y profundas de la medicina la escribe Stephens en su primer libro “Las bases intelectuales de la práctica familiar”, en 1982; “Desde los días de Virchow la medicina se ha basado en la enfermedad del protoplasma; comparada con la física, la medicina se halla en una base pre-Einsteiniana: todavía adora a Newton.”

El dilema de la fe es escoger los dioses en quienes creer... hay

dos deidades principales en el panteón de la ciencia moderna: la de la razón y la del poder. El médico de familia tiene una adhesión incompleta a éstos pues es un converso del paganismo que tiene sus raíces en la magia y la superstición. Conoce el terror del sufrimiento humano, los límites de lo razonable y el poder cuando se acerca el final. También adora en altares más antiguos los dioses del amor, de la piedad y de la reconciliación, deidades desechadas por la ciencia tiempo ha. En nuestros modernos templos de curación, controlados tan persuasivamente por los descendientes de Esculapio, quienes posan miradas furtivas en Hyegea, se sospechará que son hombres de poca fe; los conversos raramente pueden ser dignos de confianza total pues uno nunca sabe cuando caerán en la idolatría al estar bajo tensión o bajo persecución”

Lynn Carmichael

En el epicentro de la efervescencia de transformación de la práctica general de la década del sesenta, Carmichael, después de su año de internado y el servicio militar, hace una prolongada pasantía en Harvard. Prontamente vislumbró que la gente acudía a su consulta, regresaba con familiares y amigos y establecía un estrecho vínculo con su médico de confianza, el “bonding” descrito por McWhinney. Ya para mediados de la década del sesenta percibió y aclaró la diferencia entre lo que se denominó en medicina: especialidad, disciplina y práctica, y fue uno de los primeros en llamar a esta disciplina “Medicina Familiar”.

Funda Carmichael, en 1967 la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar, actúa como su primer presidente y luego es el primer editor de la revista “Family Medicine”. Este acontecimiento cumbre en nuestra historia médica crea la primera agrupación académica Universitaria de una sola disciplina, hoy un ente científico con cerca de 4000 miembros.

En 1969, Carmichael es nombrado Director del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Miami, cargo que ocupa hasta nuestros días, y es allí el maestro de toda una generación de profesionales. Con gran espíritu humanista, ha conducido a su departamento con una orientación psicosocial predominante.

El modelo de Carmichael, basado en su experiencia como médico de familia, se ha tornado universal. En este modelo el autor indica que de 100 encuentros médico-paciente el 50 por ciento presentan patología y la otra mitad no. Del 50 por ciento con patología el 35 por ciento la presentarán autolimitada, el 15 por ciento será de patología progresiva y de ésta el 10 por ciento es bien tratada por el médico de familia y un 5 por ciento debe ser enviado a otro especialista. Del 50 por ciento sin patología orgánica, 35 por ciento serán problemas psicosociales, 10 por ciento aspectos de orden preventivo y 5 por ciento de orden administrativo. A estos últimos le llama el autor modelo de “adversario”. A los autolimitados, los psi-

cosociales y los preventivos les llamó Carmichael modelo "relacional" (80 por ciento de la consulta) y al 15 por ciento de patología progresiva modelo biológico. Esto abre un campo universal de estudio por parte del médico de consulta ambulatoria.

Escribe Carmichael, que los médicos nunca han sido sanadores pues el paciente se cura a sí mismo; lo que hacemos es mejorar las posibilidades de sanación. Llamó "constituyente" al grupo de pacientes a su cargo, junto con sus familias, lo que hace posible la continuidad de manejo. Tornarse parte de la familia del paciente, dice, es lo más importante; más que el salario, los beneficios y el prestigio profesional. Carmichael distinguió cuatro componentes de la inter-relación familiar: afinidad, intimidad, reciprocidad y continuidad.

Los estudiantes de medicina y los médicos residentes quieren ser, para Carmichael, conformistas y compartir los valores de la medicina actual, sofisticada, sin querer cambiarlo todo. Crítico acerbo de la alta tecnología nos dice que practicamos la medicina como hacemos la guerra: alta tecnología, no importa el precio. La última función del médico, dice Carmichael, puede llegar a ser otorgarle permiso al sujeto para que apague sus poderes de sanación y muera, lo que llamó: "medicina centrada en la persona".

Michael Balint

Nacido y criado en Hungría donde se formó como psiquiatra y psicoanalista, se traslada a Inglaterra al vislumbrarse la II Guerra y tiene la suerte de encontrarse en la localidad sureña de Tavistock con grupos de médicos generales que estaban estudiando los problemas sociales de familias a su cargo.

Se percató muy oportuna y rápidamente que el elemento clave de la pirámide de salud era el médico general; que este personaje era quien manejaba más pacientes, mantenía la mayor continuidad y debía poseer más destrezas en la relación médico-paciente. Dedicó su vida al estudio de la consulta médica en medicina general. Erradicó la disparidad profesor-alumno entre médicos expertos y médicos de cabecera; promovió el concepto de que la droga más usada y más importantes prescrita en la práctica general era "el propio médico", que había que analizar mucho mejor la entrevista médica, que era necesario establecer una más estrecha comunicación entre quienes practicaban la especialidad más vieja, la medicina general, y la más nueva, la psiquiatría.

Balint fue un profeta y un forjador. Nunca hubo nadie que, sin ser médico general, hiciese más por el médico general. A la gran tradición médica general inglesa le faltaba un ente externo que la valorizara y jerarquizara, y este impulso lo produjo Balint. (15, 16,17)

Para Balint, (en la misma década en que Engel propugna el paradigma biopsocial), el problema principal de la práctica

médica era el de la patología de la persona total, y que muchas veces el padecimiento se presenta en forma "desorganizada", con "propuestas" por parte del paciente y una "confusión de lenguas" entre ambos. El médico de familia es el médico de toda la vida del paciente; inicia su tratamiento cuando está sano y el ofrecerlo cuando hay un padecimiento representa solamente la continuidad en el manejo.

El médico de familia de hoy tiene más responsabilidades y su potencial terapéutico se ha acrecentado. Balint critica lo que llamó la "dilución" de la responsabilidad del médico que comparte el paciente con muchos y peor aún la "confabulación de anonimato" de los hospitales donde el paciente no sabe ni el nombre del médico responsable de su más preciado valor que es su vida.

Balint llamó "misión apostólica" del médico al comportamiento particular de cada galeno y el deseo de cada uno de "convertir a su fe" a su paciente, mientras que una exageración de esta función sería la del "fervor apostólico". El orden de prioridades, según Balint, a veces es muy distinto entre el médico y el paciente. Para el enfermo Balint describió un "orden de ranking" de enfermedades; las dramáticas como el cáncer ocupan lugar "superior", las de orden psicológico tienen un rango muy bajo, particularmente porque en los desórdenes psicosociales todavía no hay un idioma fácil ni una nomenclatura contundente.

Balint escudriñó en profundidad la consulta del médico de cabecera. Percibió como muchas de las consultas eran para tratar síntomas, no para obtener diagnósticos; que muchos pacientes estaban "orgullosos" de sus padecimientos; que algunos pacientes sufrían lo que llamó "una falla básica" que nos recuerda a Walter Alvarez con su "déficit constitucional" y a Karen Horney con su "neurosis de carácter"; que hay familias con una "tradición neurótica" pero a veces el neurótico es el propio médico. Para dilucidar todo esto creó los hoy llamados "Grupos Balint", agrupaciones de pocos médicos con un coordinador o facilitador, que en sus reuniones no estructuradas discuten de sus problemas cotidianos, centrados en el propio médico.

Hace casi medio siglo escribió Balint: "Mi diagnóstico es que la medicina general está seriamente enferma pero el padecimiento es benigno y si se aplica el tratamiento correcto el pronóstico será bueno. La medicina científica de hospital no está enferma sino sana y robusta; es verdad, trata a su hermana enferma, la práctica general, en forma condescendiente, como a un pariente pobre. La medicina de hospital distribuye caritativamente limosnas que permiten que su hermana pobre se alimente de las migajas que caen de la succulenta mesa de la ciencia médica."

En muchos de nuestros países la medicina se halla todavía en la etapa pre-Balint, pero en otros se ha instituido un cambio hacia la medicina de familia, integral, académica y humana. Esta "metamorfosis" de la medicina general debe mucho a

los principios y al cúmulo de experiencias de este amigo del médico general, Michael Balint.

REFERENCIAS

1. McWhinney, Ian. Is academic family medicine at a watershed? *Can Med. Assoc. J.*, 1985 Vol.133, Nov1
2. McWhinney, Ian. *An introduction to Family Practice*. Oxford University Press, 1978.
3. Editorial: Is there a public need? *Family Medicine*, 1986, Vol.18, N º 4. Julio-Agosto.
4. McWhinney, Ian. The naturalist tradition in general practice. *J.Fam.Pract.* 1977, 5,375.
5. Mullan, F. Nutting, P. Primary Care Epidemiology. *Family Medicine*, 1986, Vol.18 No4, Julio-Agosto.
6. Pickles, W. Epidemiology in country practice. *The Royal College of General Practitioners.Reimpresión* 1984.
7. Seipp, C. Sir James Mackenzie and the spectre of medical technology, *Family Medicine* 1986, Vol.18 No. 3, Mayo-Junio.
8. Owens, Thomas. *La Tradición Inglesa en Medicina Familiar*, MF 1988. N º 6 y 7 Trimestre 2 y 3.
9. Owens, Thomas. Ciclo de conferencia 1995, Curso de postgrado Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá Septiembre-Diciembre.
10. Owens, Thomas. Ian McWhinney y la medicina contemporánea 1986. *Revista Lotería*, No. 360 pp 100- 108 Panamá, Rep.de Panamá 11. McWhinney, Ian. *A Textbook of Family Medicine*, Oxford University Press, New York, 1989. 12. Fry, John y William Ventres. *Voices from Family Medicine: Ian McWhinney*, 1992, *Fam Med.* 24: Mayo- Junio 317-320.
13. McWhinney, Ian. Taller de medicina biopsicosocial, Conferencia Mundial de Medicina Familiar - WONCA 1991 mayo, Vancouver, Canada.
14. Owens, Thomas P. Gayle Stephens y la medicina contemporánea, 1987, *Revista Lotería*, No. 364 Enero-Febrero, pp 27-40 Panamá Rep. de Panamá
15. Balint, Michael. *The Doctor, his patient and the illness*, Churchill Livingstone, London, 1986. London, England.
16. Luchina, Issac L. *El Grupo Balint*, Primera Edición, Editorial Paidós,, 1982 Buenos Aires, Argentina.
17. Owens, Thomas P. Balint y la Medicina General, 1991 *Revista Cultural Lotería Año 50*, No. 384, Julio-Agosto. Panamá Rep. de Panamá. 18. Editorial. *The Lancet*, 1994, Vol 343, No.8907 p 1171.