



## 16 artículo

José Luis Turabián [[Buscar autor en Medline](#)]  
Benjamín Pérez Franco [[Buscar autor en Medline](#)]



### Atención médica individual con orientación comunitaria - atención contextualizada: la figura es el fondo

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

#### Texto completo

##### ¿Cuál es el sentido de las actividades "comunitarias" en medicina de familia?

¿Qué quiere decir "atención comunitaria" (AC) en la realidad del trabajo del médico de familia (MF) actual (no del coordinador del centro, ni del gerente, ni del trabajador social...)? ¿Cómo se hace concreta y operativa en la consulta? Aunque las actividades «comunitarias» forman parte del perfil profesional teórico del MF, su desarrollo es escaso y heterogéneo, y raramente se ven como parte de su trabajo real desde la consulta, faltando modelos de práctica<sup>1-4</sup>.

Comunitario quiere decir dar importancia y tener en cuenta los contextos, las relaciones, los actores y los recursos (**tabla 1**) (**figura 1**, **figura 2** y **figura 3** y **figura 4**)

Hay que recordar que la enfermedad individual depende de contextos y a su vez produce consecuencias en los contextos: sociales, culturales, económicos, ambientales y políticos en donde tiene lugar. Por lo tanto, la actividad clínica-educativa siempre puede (debe) tener una dimensión comunitaria aunque se trabaje con individuos o pacientes. Los pacientes están en contextos (familias, grupos sociales, barrios) e inmersos en redes sociales que suponen: recursos, influjos, conexiones. Hay en el hombre posibilidades inmensas que habitualmente el médico desconoce; saber esto y actuar en consecuencia es liberar a la profesión de médico de las cadenas que dificultan que prestemos al enfermo toda nuestra ayuda (**tabla 2**) (**figura 5** y **figura 6**).

Practicar la AC en la consulta individual significa atender de una forma integral a los pacientes -con un enfoque biopsicosocial (BPS)-, dando importancia a su entorno (contextualizando). La atención individual, familiar y comunitaria son elementos de una misma realidad y no se pueden separar. Cuando atendemos correctamente a una persona, estamos haciendo atención individual, familiar y comunitaria a la vez (**figura 7**).

La visión BPS y las actividades comunitarias subrayan la importancia del contexto cultural y social. Es indudable que tener mayor información sobre el paciente permite ampliar el diálogo más allá de los aspectos biológicos. El MF dispone de gran cantidad de datos BPS de sus enfermos, establece profundas relaciones médico-paciente y tiene presente en su práctica este valiosísimo caudal de relaciones humanas e informaciones continuadas en el diagnóstico y el tratamiento. Para el MF, conocer el contexto de los pacientes es importante para entender su clínica<sup>5,7,8</sup>.

##### ¿Los problemas de salud son biológicos, psicológicos o sociales?

¿Puede trabajarse con un modelo BPS y de AC cualquier problema clínico? ¿Por ejemplo, las infecciones urinarias en el embarazo, etc.? Sí. Todos los problemas de salud son biopsicosociales, e individuales, grupales y comunitarios a la vez (**tabla 3** y **tabla 4**)<sup>6,8-10</sup>. La enfermedad en todos los casos (¿cuándo no hay factores psicosociales en las enfermedades?) es una alteración o disfunción de las relaciones de comunicación entre actores y contextos (seres humanos, percepciones, ambientes, etc.). "Lo BPS" en la práctica, en la consulta, significa escuchar al paciente utilizando un criterio de "simultaneidad". Escuchar la información de tipo psicológico en la queja del paciente (incluidos los aspectos simbólicos del relato, por ejemplo, los que puedan estar relacionados con la utilización metafórica del síntoma), a la vez que se trabaja con la

#### bibliografía

1. Turabián JL, Pérez-Franco B. ¿Cuál es el sentido de la educación para la salud y las actividades «comunitarias» en atención primaria? *Aten Primaria* 1998; 22: 662-666. [citado de 23 de agosto de 2007].
2. Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
3. Pérez Franco B, Turabián Fernández JL. Atención comunitaria desde la asistencia sanitaria individual: la contextualización comunitaria. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2001; 8 (Nº extraordinario): 33-46.
4. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. La comunidad relacional: contextos, actores, recursos, relaciones. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2001; 8 (Nº extraordinario): 23-32.
5. Turabián JL, Pérez Franco B. **Grandes misterios: ¿Puedes ver el monstruo del lago Ness?: El modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias.** *Aten Primaria* 2007; 39(5):261-264. [citado 17 de agosto 2007].

[Ver más](#)

#### enlaces

No hay enlaces de interés



elaboración de los aspectos orgánicos. Para el MF no hay individuos aislados, sino en referencia a otros, en relación con otros (como han observado los paracaidistas y los astronautas, no se nota la velocidad de caída sino en relación con referentes). Cuando creemos que intervenimos en individuos aislados, como al tratar una enfermedad orgánica en un individuo (el dolor, etc.) o tratar con fármacos un trastorno mental que definimos como una alteración de neurotransmisores cerebrales, nunca estamos tratando sólo a un individuo, sino que los cambios en esa persona (alivio de dolor, mejora de la depresión, etc.) tienen repercusiones sobre relaciones con otros individuos y contextos, y estos cambios repercuten otra vez sobre el enfermo, etc. La unidad de intervención es el individuo más su contexto: las relaciones/conexiones/enlaces entre actores.



Desde el modelo BPS, la enfermedad es el resultado de un complejo entrecruzamiento de redes simbólicas y procesos biológicos. A lo largo de la biografía de la persona la enfermedad aparece entre ésta y su contexto relacional. La curación -el tratamiento, la intervención del profesional- llega a ser posible a través de la participación en la matriz de relaciones con las otras personas. Hay que resaltar que lo comunitario no se establece sólo a través de lo geográfico, sino a través de los "nexos", las relaciones. Conceptualmente, una comunidad puede ser un barrio, una comunidad de intereses con o sin límites geográficos, o el conjunto de las relaciones y conexiones de una persona.

El MF, al atender a pacientes, va desde el contexto al cuerpo (no al revés: desde el cuerpo al contexto) (**figura 8**). El MF hace atención centrada en el contexto. La orientación comunitaria de la medicina de familia se basa en tener en cuenta los contextos (actores, relaciones, recursos), y en tener en cuenta que el profesional crea contextos. La continuidad de relaciones entre MF y pacientes en su ambiente, incluso de una forma tácita, construye una confianza y crea un contexto adecuado curativo, además de aumentar el conocimiento sobre el paciente.

### **El médico de familia se guía, en la incertidumbre de cada consulta individual, teniendo en cuenta el contexto global para poder hacer el diagnóstico, tratamiento y pronóstico**

Esta es su "brújula". Cuando el médico diagnostica, trata, y valora el pronóstico de una patología sin tener en cuenta el contexto psicosocial, la patología está "como pez fuera del agua". Los MF son capaces de comprender el impacto completo de la enfermedad (neurológica, cardiológica, etc...), y valorar el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, curso evolutivo y severidad, en un individuo concreto, sin disponer de "protocolos" para cada problema de salud en cada paciente. La expresión de los síntomas individuales está más en relación con ciertos factores contextuales que con los factores patológicos aparentemente específicos (**tabla 5 y tabla 6**).

Un síntoma, por ejemplo, tos, escalofríos, prurito, dolor, mareo, fatiga, náusea, etc. parte de nuestra experiencia y de cómo se afronta o experimenta en la vida cotidiana, en las actividades del día a día: situaciones laborales, situaciones familiares... Generalmente es posible contener el flujo de síntomas y sensaciones corporales dentro de la situación o el contexto, de forma que el individuo puede seguir involucrado en esas situaciones del día a día. Si los síntomas no pueden contenerse dentro del contexto, la persona tiene que dejar la situación, por ejemplo, ir a descansar, dar un paseo, aislarse para atender más sus síntomas corporales, como ir al baño, tomar pastillas, etc. Puede decirse que la enfermedad nace de situaciones o contextos que no permiten la contención de los síntomas. Además, la enfermedad no se refiere sólo a síntomas orgánicos, sino al conjunto de experiencias o sensaciones de la persona en una serie de contextos o situaciones. El denominador común de la enfermedad es que ocurre o nace en situaciones y es un concepto relacional.

La variación clínica que se encuentra en el trabajo de los MF es debida parcialmente a su grado de atención a los contextos y las situaciones donde están las enfermedades de sus pacientes<sup>10</sup>.

¿En qué consiste el modo de acción de los médicos competentes? ¿Cómo aumentamos la efectividad de las acciones médicas?: contextualizando; al conocer primero a las personas en sus contextos somos capaces de ser másefectivos con nuestros instrumentos "objetivos" (**tabla 7**)<sup>11</sup>.

La identificación y el diagnóstico de todas las enfermedades está más en relación con ciertos factores sociales y contextuales que con factores patológicos específicos. El curso de la enfermedad está influenciado por los factores psicosociales que concurren. La estructura familiar (estrés familiar, roles y relaciones, recursos familiares...) afecta a las manifestaciones de enfermedad de sus miembros, y los patrones de "rol de enfermo" son similares dentro de las familias<sup>12</sup>.

La enfermedad individual produce un incremento de la disfuncionalidad familiar y del estrés en la familia (estrés del cuidador, tensión familiar, ruptura familiar, problemas de relación de pareja -separación, divorcio-, incompetencia o irresponsabilidad familiar, variaciones de los estilos de comunicación en la familia, sobreprotección, autoritarismo), que pueden conducir a una mayor descompensación del paciente (biológica y

psicológicamente: descompensación glucémica o hipertensiva..., ansiedad, depresión..., cambios cognitivos y sensoriales..., falta de apoyos, reducción de contacto social).

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

La severidad y el pronóstico de la enfermedad (especialmente crónica) puede predecirse con más exactitud a partir de las pérdidas de los roles y actividades sociales y familiares que por la clínica.

### **Concepto de lo biopsicosocial**

Para el MF las habilidades de enfoque biopsicosocial son cruciales. El MF debería ser capaz al mismo tiempo de tener un enfoque científico, interactivo y simultáneo para cada problema desde las perspectivas biomédica, psicológica, y social, y debería ser capaz de combinar estas perspectivas en una visión panorámica para lograr un entendimiento completo. Los MF conocen que los elementos de la personalidad del paciente y sus relaciones sociales tienen una gran importancia en la enfermedad, y estos elementos son tan evidentes y necesarios como los aspectos biomédicos.

La característica de la medicina de familia es la comprensión del paciente y de su enfermedad basándose no sólo en síntomas y signos, sino en los factores psicológicos y sociales que relacionan al paciente con su contexto (**tabla 8 y tabla 9**)<sup>13</sup>.

### **El abordaje que hacen los médicos de los pacientes y sus problemas está influido por el modelo conceptual alrededor del cual se organiza su conocimiento**

Así, un mismo problema puede ser percibido de forma muy diferente por un especialista biomédico tradicional y por un MF con visión BPS. El sistema sanitario, en el ámbito profesional, funciona como un mercado de información asimétrica: el MF que trabaja con un modelo BPS llega a tener mucha más información relevante de su paciente que el médico hospitalario que trabaja con un modelo biomédico. El trabajo del médico hospitalario es fundamental y es adecuado que enfatice su marco biomédico al afrontar problemas graves seleccionados por el MF, pero en la práctica, esta situación de mercado con información asimétrica origina fallos en las tomas de decisiones (**tabla 10**). El especialista hospitalario ve la enfermedad; el MF la ve, pero en su contexto. Para hacer un juicio clínico es preciso usar un modelo multisistémico que integre los distintos ámbitos de la enfermedad del paciente y permita la selección adecuada del camino por donde podría ir el tratamiento. Un médico con visión biomédica se concentrará en los niveles más bajos posibles de la organización sistémica (células, órganos), mientras que un médico con enfoque BPS se centrará en los niveles más altos posibles de la organización sistémica (familia, comunidad) (**figura 9**)<sup>14,15</sup>.

### **¿Y en la práctica? ¿Cuáles son herramientas prácticas para el modelo BPS y la AC en MF? (tabla 4).**

El contexto incluye la patología, la enfermedad, la persona y el medio ambiente. Cada persona es parte de múltiples e interconectados sistemas, incluyendo la familia, grupo étnico, colegas, contactos sociales, trabajo, ambiente escolar y religión. La asistencia clínica, la promoción de salud, prevención de enfermedades, y educación sanitaria requieren la asistencia centrada en el contexto; requieren el método biopsicosocial.

**La relación médico-paciente** es fundamental tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Toda actividad asistencial está influenciada, directa o indirectamente, por la relación interpersonal. La comunicación permite integrar el razonamiento clínico al conectar los aspectos biomédicos y psicosociales de la asistencia clínica (**tabla 11 y tabla 12**). Se trata de integrar comunicación y razonamiento clínico, y de conectar los aspectos biomédicos y psicosociales de la asistencia clínica. La entrevista es una técnica o un cauce y lugar de la comunicación, donde se produce y desarrolla la relación médico paciente. La relación del médico con el paciente es el verdadero núcleo de su praxis clínica.

Al ser la persona en su contexto el centro del interés médico, se necesita aprender los métodos del naturalista: entender, observar, pensar, y reflexionar, lo que nos puede permitir "ver realmente" a los pacientes como personas, además de ver los mecanismos de la enfermedad. No es ver la enfermedad y "algo" del paciente, sino poner al "paciente-contexto" primero y la enfermedad y su fisiopatología detrás. La clase de información que los médicos necesitan para conocer personas es subjetiva -nace de la subjetividad del paciente y del médico. La subjetividad llega a ser objetiva cuando se convierte en un objeto de reflexión y de contextualización/construcción social. La información es frecuentemente el resultado de observaciones e interpretaciones. Los MF necesitan como parte fundamental de su formación, el aprendizaje sobre conocimientos y habilidades en comunicación, comportamiento humano de personas sanas y enfermas, y cómo adquirir información de diferentes fuentes y usarlas para entender la función humana y tomar decisiones.

No se puede conocer a un paciente individual excepto mediante la relación con él -no

cualquier relación, sino la relación médico-paciente. Cuando se ve a un paciente, se piensa en términos de enfermedades -neumonía, etc.- son conceptos útiles que contienen gran cantidad de conocimiento sobre la etiología, curso, pronóstico, y tratamiento. Pero a la vez siempre se sabe en lo más profundo, que la enfermedad es un proceso entrelazado inseparablemente con la historia no desvelada de ese paciente particular.

**¿Por qué en la época de la creciente importancia del paciente -de sus comportamientos, expectativas, experiencias, creencias- el MF no incorpora esta visión en su práctica?** Porque los MF tienen gran dificultad para descubrir la información necesaria sobre la persona enferma e introducirla en sus juicios médicos, de forma que contextualice los datos sobre la fisiopatología y tecnología. La insistencia "policíaca" de médico que repite "los hechos sólo los hechos", olvida que el conocimiento de una persona es en parte subjetivo. El médico se convierte en su propio instrumento de exploración. Si queremos que el MF trate a su paciente como una persona, formemos al médico como una persona. La competencia clínica, básica en medicina de familia, de "comprender que nos ha tocado un cupo de 6.500 millones de personas interconectadas... y sigue creciendo" requiere las capacidades personales de conciencia sistémica y de cooperación<sup>16</sup>.

Si nos centramos en las interrelaciones entre las partes más que en las cadenas lineales de causas y efectos, ¿hasta dónde llega nuestro cupo de pacientes?; ¿quiénes tienen cabida en nuestros genogramas? Nuestra conciencia sistémica y también nuestra generosidad para admitir la participación de diversos actores (**figura 10, figura 11 y figura 12**) (que producirán diagnósticos, pronósticos y tratamientos diversos, así como una variabilidad clínica justificada) con los que negociar -en un proceso personal de cooperación-tutoría-, nos permitirá seleccionar apropiadamente el contexto biopsicosocial -familiar y comunitario- que resulte significativo en un proceso clínico individual dado. La creencia de que la medicina implica la aplicación de hechos impersonales a un problema objetivo que puede separarse de la persona, es un error garrafal de la medicina del siglo XX<sup>17</sup>.

**La historia clínica centrada en el contexto.** Algunas preguntas que pueden guiar la investigación del médico para entender a la persona completa se exponen en la **tabla 13**<sup>13</sup>. La **tabla 14** presenta algunos puntos clave útiles como indicadores de problemas potenciales del contexto del paciente<sup>13</sup>. Toda la forma de enfocar la visita del paciente y su modo de registro cambia radicalmente respecto al habitual (primero "motivo de visita" y luego "anamnesis" vs. Primero "contexto" y luego "motivo de visita" (**tabla 15**) El examinar la Rejilla de Evaluación del Paciente (**tabla 16, tabla 17, y tabla 18**)<sup>18</sup> ayuda a priorizar los planes de tratamiento; por ejemplo, factores del contexto presente como ansiedad intensa, pueden requerir tratamiento inmediato antes del tratamiento etiológico. La **tabla 19** expone lo que permite el uso operativo de la Rejilla de Evaluación del Paciente (o el uso de la entrevista clínica orientada al contexto -en **tabla 11**). La **tabla 20** presenta la Rejilla de Tratamiento. Existen desarrollos informáticos que podrían generar estas parrillas en la historia clínica informatizada.

Otras herramientas para facilitar una historia clínica centrada en el contexto, serían: planillas de actores y recursos (**tabla 21**), listado de procesos problemáticos-fuerza (problemas importantes o "con fuerza" o con "flash"; problemas "macro") (**tabla 22**), y listado de "macro-planes" (grandes estrategias de intervención de los problemas principales) (**tabla 23**)<sup>2,9,20</sup>.

### **¿Diagnóstico integral y focalizado?: El diagnóstico total**

¿Cómo hacer un diagnóstico y tratamiento integral con las limitaciones de tiempo en la consulta -los 10 minutos? A pesar de que las consultas se repiten a lo largo del tiempo, y que se puede ir incluyendo más material e ir modulando el diagnóstico, parece que hay alguna forma de focalizar el diagnóstico y tratamiento -aunque este concepto parezca inapropiado en un marco integral! Hay un punto donde lo integral y lo focalizado se unen, y se entiende esta dicotomía: debe seleccionarse la atención, pero esta selección de la focalización del diagnóstico y tratamiento debería primariamente realizarla el paciente; el enfoque no debería estar preseleccionado por el médico<sup>21</sup>. Es volver al aforismo de "Escuchar al paciente: está diciendo su diagnóstico".

El diagnóstico total es un diagnóstico basado tanto en los aspectos psicológicos como físicos. La forma que parece natural para llegar a este diagnóstico total es hacer muchas preguntas al paciente, como si el médico fuera un policía, y conocer la totalidad de la vida del paciente. Sin embargo, éste no es el camino, sino practicar una "atención selectiva", sintonizar con lo que el paciente intenta decir, sin ser "un policía". El diagnóstico integral se obtiene "focalizando" a partir del "flash" o "problemas con fuerza": es el reconocimiento o toma de conciencia mutua y espontáneamente de algo importante para el paciente. El flash muchas veces concierne a la relación médico-paciente, pero aunque no sea así, cambia la relación. El "flash" o "reconocimiento de problemas-fuerza" es estar sensible a que suceda un brusco flujo de comunicación y mutua comprensión, y sucede. Un modelo de datos a recoger en la entrevista se presenta en la **tabla 24**

En la **tabla 25** se exponen ejemplos de los modelos de entrevistas.

La diferencia entre el modelo biomédico y el BPS es como la diferencia entre una entrevista de una persona que se ve grabada en un vídeo y la que ocurre en vivo. Al ver a una persona en un vídeo nos damos cuenta de que lo que se puede conocer o aprender de esa persona está limitado a lo que aparece en el vídeo; la imagen de la persona es la única fuente de información. El modelo biomédico impone la misma limitación. Para la medicina, excluir de la ciencia lo humano y relacional del paciente presenta una paradoja, ya que estrictamente hablando, el estudio clínico es el estudio de una persona por otra, y el diálogo y la relación son herramientas indispensables. Para el MF, que llega a conocer bastante bien a sus pacientes, sus biografías, sus vidas, el proceso diagnóstico es tomar el problema simple inicial, y abrirlo, como cuando se despliega un mapa doblado, hasta que aparezcan gran cantidad de conexiones. Claro es que ese «diagnóstico desplegado» es un diagnóstico complejo (integral, BPS), pero aún incompleto, donde sólo pudimos esbozar el iceberg de temas y de significados vitales, donde se llegó «hasta donde se pudo», que se va construyendo poco a poco, en cada visita, como el escultor que esculpe una escultura. La **figura 13** presenta los criterios de buena práctica médica orientada al contexto.

### **Tratamiento orientado hacia el contexto: tratamiento contextualizado**

No hay individuo sin contexto, ni contexto sin individuo. Uno crea al otro y viceversa, y co-evolucionan. Intervenir sobre el individuo (sin atender al contexto) no es posible (sólo puede hacerse de forma inconsciente o desinformada...); no existen individuos sino individuos-contextos. Y al revés: intervenir sobre el contexto (como si no fuera co-dependiente del individuo) no es posible. Además, los contextos son locales; La totalidad del mundo es la yuxtaposición de individuos-contexto específicos y distintos (con variaciones entre individuos-contextos). Lo primero que el médico puede hacer por su paciente es conectarse con él (empatía-generosidad): "estar con", "meterse en la piel del paciente", "acompañar". Para ayudar a un paciente de persona a persona (no de objeto a objeto), el propio profesional se debe convertir en el instrumento terapéutico en vez de ser el portador de esos instrumentos. Para que la curación sea curación, es preciso que resulte tal para quien presenta el problema a curar<sup>16</sup>.

Hay cierto número de estrategias de intervención orientadas hacia el contexto, de aplicación práctica en la consulta de MF (**tabla 26 y tabla 27**)<sup>22</sup>. El modelo de relación médico-paciente es un elemento "creador de contexto"; el uso de contextos terapéuticos - aquellos lugares, situaciones, contextos, etc., que logran medio ambientes tanto físicos (el domicilio...) como psíquicos (paisajes mentales, creación artística) asociados con una estrategia terapéutica o de mejora de la salud o bienestar<sup>23</sup>; el expandir o concentrar el tiempo; el ser conscientes de las repercusiones ecológicas de las decisiones en el paciente individual<sup>24</sup>; la reorganización de la estructura del paciente; el tratamiento intentando articular el contexto temático que rodea la trama de la vida del cliente; la entrevista capacitadora<sup>25,26</sup>; los cambios del concepto de curación y resolución<sup>27</sup>; las consultas grupales<sup>28</sup>; el favorecer la integralidad y el factor humano<sup>29</sup>; el tratamiento de la enfermedad en otra persona distinta a la que tiene la enfermedad; los protocolos capacitadores comunitarios<sup>30-33</sup>; el uso terapéutico del "capital relacional"<sup>34</sup>; o el uso de los inventarios de recursos comunitarios y de pacientes con recursos<sup>35-37</sup> (**tabla 4**).

