

ARTÍCULO ESPECIAL

Una clarificación conceptual de las nuevas propuestas en medicina de familia

L. Luna Cabañero^a y R. Ruiz Moral^b

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba.

Palabras clave: Medicina familia comunitaria.

Introducción

De forma preliminar, resulta importante señalar que en la actualidad la ciencia médica oficial se fundamenta en un modelo teórico que habitualmente se denomina como «modelo biomédico» o «biomecánico». Este modelo teórico se presenta —si seguimos la nomenclatura y el marco de interpretación descrito por Kuhn¹— como una concreción de un paradigma científico más general conocido como «paradigma mecanicista-reduccionista». Este modelo médico se asocia con una práctica clínica determinada y, consecuentemente, se asocia también a un sistema de atención médica social e institucional.

Siguiendo a numerosos autores en los últimos años, ha llegado a ser evidente que el médico, sobre todo en el ámbito de la atención primaria, cuando trata de realizar la misión que se le asigna tanto dentro del modelo biomédico como del sistema médico institucional, tiene que enfrentarse al hecho de que «algo no funciona», esto es, que existen muchas anomalías en el modelo biomédico, algunas de las cuales han sido descritas muy acertadamente por McWhinney², entre otros. Como consecuencia, este médico tiene que sortear un número de problemas para los que no existe una solución satisfactoria dentro de los parámetros existentes. Esta situación revela la necesidad de una renovación teórico-práctica de la medicina en general y de la medicina de familia en particular. Como resultado de ello, han surgido una serie de teorías alternativas o modelos diferentes al biomédico, los

cuales incluirían modelos de práctica clínica distintos, como son el «preventivo», el «familiar», el «clientelista», el «interpretativo» o «hermenéutico»³ o los alternativos propiamente dichos (que asumirían los tipos de práctica basados en lo que hoy se entiende por «medicina alternativa»). El problema es que existe una confusión de características epistemológicas —esto es, sobre los problemas que tratan del conocimiento científico— referente al tipo, los propósitos y el estatus epistemológico de la teoría, que frecuentemente es detectada entre esta profusión de alternativas. Tal y como se demuestra en la literatura médica sobre esta tema, tales confusiones hacen difícil la clarificación de un proyecto de innovación científica tan importante como necesario.

En un artículo previo⁴ intentamos exponer las características más relevantes y las implicaciones en la práctica clínica que debería tener un modelo médico global para hacer frente a una gran parte de los problemas de salud actualmente planteados. Ante el desarrollo de las nuevas tendencias teóricas renovadoras que han surgido sobre todo en la medicina de familia en los últimos años, y que antes apuntábamos, el principal objetivo de este artículo es avanzar un poco más e intentar contribuir a la clarificación epistemológica de estas nuevas y diferentes propuestas. Para ello, introduciremos distinciones conceptuales, las cuales, creemos, que no han sido suficientemente respetadas hasta la fecha y que serían indispensables para este fin.

Las siguientes secciones serán dedicadas a la clasificación de las nuevas teorías siguiendo dos importantes criterios. En la última parte haremos unas breves sugerencias sobre el estatus epistemológico, esto es, sobre

sus condiciones como teorías *científicas*. Esta pretensión responde en gran medida a la necesidad, muy bien expresada por Toon³, de que en estos momentos lo que quizá realmente necesitamos los clínicos no sean más datos provenientes de la investigación científica, sino una «mejor filosofía» para poder interpretarlos adecuadamente.

La clarificación mediante la clasificación: tipos de teorías

Ante todo, y este es el primer criterio, parece necesario establecer una clara distinción, no siempre respetada en la literatura médica, entre teorías *positivas* y *normativas*. Una teoría positiva se limita siempre a describir, y tal vez incluso explicar, cómo son y cómo funcionan los fenómenos que están siendo estudiados, sin prescribir ningún patrón de conducta para la actuación de los seres humanos. Por el contrario, una teoría normativa es la que prescribe formas de conducta. No obstante, es evidente que una teoría normativa bien fundamentada deberá basarse siempre en una teoría positiva previa. De hecho, podemos obtener siempre una teoría normativa de una positiva añadiendo a la última los fines que pretendemos conseguir.

Una vez realizada esta distinción, y habiendo establecido el nexo de unión entre las teorías, dirigiremos nuestra atención a la diferenciación de tres tipos diferentes de teorías positivas que frecuentemente se encuentran en la literatura médica mezclados y confundidos. Cada tipo de teoría tiene un ámbito diferente, y esto es precisamente nuestro segundo criterio de clasificación, que se pretende sólo para teorías positivas. Así, parece necesario distinguir entre:

^aDoctor en Filosofía.^bDoctor en Medicina, Médico de Familia.

(Aten Primaria 2000; 25: 184-186)

TABLA 1. Las tres clases de teorías

Teorías de la dolencia (hacen referencia a...)	Enfermedad: alteraciones orgánicas Dolencia <i>minus</i> enfermedad: a) Estrictamente sensaciones somáticas de dolor, malestar, picor o incapacidad (con o sin alteraciones orgánicas) b) Dolencia mental: estados fisiopatológicos primarios (no inducidos por otros estados fisiopatológicos, p. ej., alteraciones conductuales básicas)
Teorías del significado de la dolencia (hacen referencia a...)	Distrés psicológico o existencial como resultado de una dolencia (con una dolencia mental primaria, estos estados son secundarios o inducidos por la dolencia mental primaria)
Teorías de la práctica clínica (hacen referencia a...)	Diversas aproximaciones a la interacción médico-paciente y sus resultados sobre la dolencia y su significado

1. Teorías positivas de la dolencia.
2. Teorías positivas del significado de la dolencia.
3. Teorías positivas de la práctica clínica.

Teorías de la dolencia

Una teoría de la dolencia tendría por objeto estudiar el origen, desarrollo y extinción de 2 grupos de síntomas patológicos: primero, las alteraciones estrictamente *orgánicas* que afectan al paciente, es decir, lo que se suele denominar la «enfermedad», como término estrictamente biológico, en oposición a la «dolencia», la cual tiene aquí un sentido más amplio. Segundo, los estados de dolencia sin considerar el componente orgánico —bien porque no existe o porque no estamos interesados en él—, esto es, lo que denominaríamos «dolencia *minus* enfermedad». A la vez, dentro de este ámbito de «dolencia *minus* enfermedad» tendríamos que hacer aún otra distinción entre:

— *Dolencia física*, donde la teoría tendría que ver con las sensaciones somáticas patológicas, tales como dolor, malestar, picor, incapacidad, entre otras.

— *Dolencia mental*, donde la teoría se referiría a los estados psicológicos primarios de dolencia, esto es, a aquellos estados no inducidos por la reflexión del paciente sobre los estados patológicos previos —ya sean físicos o psicológicos— (más adelante, los denominaremos como «estados psicológicos *secundarios*»).

Teorías del significado de la dolencia

Las contribuciones realizadas en este sentido, sobre todo por Laín⁵ y Rof

Carballo⁶, entre nosotros, y más recientemente por Toombs⁷ o Rudebeck⁸, entre otros, han demostrado que el paciente no solamente sufre por su proceso de una forma pasiva, sino que lo dota con un significado vital. De una forma abreviada, el paciente interpreta su dolencia en términos existenciales y la interpretación resultante transforma el ambiente vital de la dolencia (la auténtica realidad de la dolencia, en palabras de Toombs⁷), algo que no puede ser ignorado por el médico. Por otra parte, estos tipos de teorías dirigirían la atención a los efectos existenciales o vitales que la dolencia tiene en la vida del paciente. Así, nosotros denominaremos su objeto de estudio como «estados psicológicos *secundarios*»; en otras palabras, estados psicológicos (vitales, existenciales) inducidos por estados patológicos orgánicos o por estados patológicos mentales *primarios*, siendo estos últimos los componentes de la enfermedad en la dolencia mental.

Teorías positivas de la práctica clínica

Estas teorías tendrían que ver con el estudio de las diferentes formas de interacción médico-paciente y sus efectos sobre la dolencia o sus significados. Consecuentemente, pretenderían estudiar, desde un punto de vista *positivo*, los diversos tipos de práctica clínica así como sus resultados en relación a la evolución del paciente en el más amplio sentido del término. Por ejemplo, estudiarían cómo los diferentes estilos clínicos (el «*centrado en la enfermedad*» o los tradicionales, en los que el médico tiene un papel protagonista y directivo, los «*centrados en el paciente*», más participativos y que consideran

activamente la agenda del paciente para la toma de decisiones, por ejemplo) influyen en la dolencia y su significado.

Se debe tener en cuenta que una influencia de aspectos no físicos (esto es, no quirúrgicos, no farmacológicos), y de la interacción médico-paciente sobre las alteraciones estrictamente orgánicas —sobre la enfermedad— tendría que ser considerada como una nueva anomalía del modelo biomédico y añadirla a las mencionadas por McWhinney². La **tabla 1** resume las tres diferentes clases de teorías.

Objetivos de la práctica clínica

Para conseguir teorías normativas —las cuales denominaremos genéricamente como «teorías normativas de la práctica clínica»—, sería necesario examinar los objetivos que, en última instancia, se ha marcado la medicina. El solo hecho de que haya teorías de la dolencia, las cuales difieren de una mera teoría de la enfermedad sugiere por sí mismo nuevos objetivos para la práctica clínica, del tipo de, por ejemplo, modificar lo que la enfermedad significa para el paciente.

Aquí, nos limitaremos a recordar las distinciones que generalmente se plantean en la literatura médica, como las que distinguen entre *curar* y *sanar* o la que diferencia entre los fines de *curar*, *aliviar* y *confortar*.

Es importante resaltar que el tomar en consideración nuevos fines diferentes del mero hecho de curar en un sentido biomédico es precisamente lo que daría una relevancia práctica a las teorías del significado de la dolencia, así como a las teorías positivas de la práctica clínica. Así, se supone que estas teorías deben propor-

cionar la base teórica para los tratamientos dirigidos a curar, aliviar y confortar.

Estatus epistemológico de las teorías alternativas

Los que trabajan en el proyecto de una renovación teórico-práctica de la medicina clínica deberían adaptar los resultados de sus trabajos a los niveles de rigurosidad científica habituales en la tradición científica occidental. De no ser así, aquellos resultados nunca serán aceptados por la comunidad científica. En esta última sección pretendemos explicar cómo para abordar con rigurosidad esta innovación podemos conseguir teorías diferentes del modelo biomédico y que sean a la vez estrictamente científicas.

Para argumentar esta tarea, vamos a tratar primero de identificar los criterios de «cientificidad» que subyacen en la tradición científica occidental. En nuestra opinión, es posible reducir estos criterios a dos requerimientos diferentes:

1. Para ser «científica» la teoría debe ser capaz de ser producida utilizando el método hipotético-deductivo.
2. La teoría debe ser capaz de *explicar* hechos, de hacerlos *inteligibles*, esto es, debe ser capaz de construir lo que denominaremos como «niveles de inteligibilidad»; es decir, lo que hace que la teoría sea diferente de una mera masa de descripción de datos.

Creemos que este segundo requerimiento debe ser clarificado aún más. «Hacer inteligible un hecho» es derivarlo de una *ley universal*. Así, la construcción de un nivel de inteligibilidad consiste en enunciar leyes generales capaces de cubrir un área de hechos concretos. Este segundo requerimiento se remonta a una tradición epistemológica que va desde la concepción aristotélica de la ciencia hasta el modelo nomológico-deductivo de Hempel y Oppenheim⁹.

Las alternativas teóricas propuestas por la renovación de la medicina cumplen con facilidad el primer requerimiento, por ello nos centraremos en el segundo. El modelo biomédico, como parte del paradigma reduccionista-mecanicista, tiende a pensar que el rigor científico *requiere* que las leyes generales que hacen referencia a una teoría particular puedan ser reducidas en última ins-

tancia a leyes físicas, incluso aunque esta reducción no se pueda finalmente conseguir. Esto quiere decir que las leyes generales deberían poderse reducir al lenguaje y al nivel de inteligibilidad de la física. Consideramos que esta pretensión es injustificada, ya que indudablemente hay niveles de inteligibilidad que no pueden ser reducidos al nivel físico. Veámoslo, por ejemplo, en la conocida «ley de Gresham» propuesta por Fodor¹⁰. Esta bien conocida ley de economía dice que cuando 2 monedas diferentes compiten en un mercado, la mala, esto es, la que tiene un valor intrínseco más bajo, desplaza a la buena, y esto es así porque la última tiende a ser atesorada y, consecuentemente, retirada de la circulación. Esta ley puede ser considerada como científica, puesto que es capaz de explicar un número potencialmente infinito de hechos relacionados partiendo de un principio general. Además, puede ser sometida al contraste requerido por el método hipotético-deductivo. Sin embargo, la ley de Gresham no es ni una ley física-mecánica ni puede ser reducida a una ley de esta clase, y esto es así porque los conceptos y las categorías que utiliza —tales como «moneda», «valor», «mercado», etc.— no pueden ser trasladados al lenguaje de la física. De esta forma, esta ley construye su propio nivel de inteligibilidad y proporciona una comprensión de algunos acontecimientos que la teoría físico-mecánica nunca sería capaz de proporcionar. De forma similar, las nuevas teorías de medicina pueden explorar sus propios niveles de inteligibilidad fuera del paradigma mecanicista-reduccionista y el modelo biomédico. Al hacer esto, pueden buscar conceptos y categorías en los diferentes ámbitos del pensamiento; por ejemplo, podrían extraerlos de la teoría general de sistemas, de la antropología filosófica —como inauguró Ortega y desarrolló sobre todo Heidegger—, de la antropología psicoanalítica —como hizo Freud, o Balint más recientemente y en el ámbito de la medicina general— o de la psicología fenomenológica de Husserl y seguidores —como inicialmente intentaron Binswanger o Jaspers.

Como ejemplo de la construcción de un nuevo y relativamente sencillo nivel de inteligibilidad en medicina tenemos que hacer especial mención al trabajo de Toombs⁷. Esta autora trata de buscar una comprensión esencial —una comprensión «eidética» en

términos fenomenológicos— del significado de la dolencia mediante una investigación en el terreno de lo que Husserl denominaba «psicología fenomenológica». Toombs usa la «reducción fenomenológica» para aislar la esfera de los fenómenos existenciales. Es en estos fenómenos donde parece necesario buscar el significado de la dolencia; su aislamiento previo permite el estudio de estos fenómenos de una forma no reduccionista, es decir, son analizados dentro de su propio ámbito y entonces convertidos en tipos esenciales o eidéticos que actuarían aquí como *leyes científicas generales*. Así, Toombs construye su propio nivel de inteligibilidad y define el significado de la dolencia como un hiato entre el cuerpo y el yo. Esta bien conocida caracterización tiene fuerza explicativa, la cual es por sí misma fácil de reconocer. Puede por lo tanto ser tomada como un ejemplo del hecho de que teorías innovadoras en medicina pueden resultar útiles fuera del modelo biomédico sin perder su naturaleza científica, tal y como ésta es entendida por la comunidad científica.

Bibliografía

1. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1984.
2. McWhinney I. Changing models: the impact of Kuhn theories on medicine. *Fam Pract* 1983; 1:
3. Toon P. What is good general practice? Londres: The Royal College of General Practitioners, 1994; Occasional Paper 65.
4. Ruiz Moral R, Luna Cabañero L. La incorporación de un nuevo modelo en medicina: consecuencias teórico-prácticas. *Aten Primaria* 1992; 10: 629-634.
5. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza Universidad, 1983.
6. Rof Carballo J. Teoría y práctica psicosomática. Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer, 1984.
7. Toombs SK. The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. Dordrecht: Kluwer Academic Pub., 1992.
8. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. *Scand J Prim Health Care* 1992; Sup 1.
9. Hempel CG, Oppenheim P. Studies in the logic of explanation. *Philosophy of Science* 1948; 15: 135-175.
10. Fodor JA. El lenguaje del pensamiento. Madrid. Alianza, 1984.