

El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica

Sr. Director: Más allá de las brillantes y profundas reflexiones de artículos como los de Tizón¹ y Borrell-Carrió², lo que realmente da sentido al modelo biopsicosocial es aplicarlo en la práctica. Y, a pesar de que los manuales de atención primaria³ siguen proponiendo una perspectiva biopsicosocial, la verdad es que, como se cita en otro interesante artículo⁴, el abordaje sistemático de la dimensión psicoemocional de enfermar es una práctica poco extendida entre los médicos de familia. También otros importantes aspectos conceptuales permanecen en los textos, pero apenas se han concretado en la realidad o están en franca regresión (atención familiar y comunitaria, trabajo en equipo). En el último año hemos asistido a la extinción de los grupos tipo Balint, tanto en el ámbito de nuestro equipo de trabajo como en el de la formación de los médicos residentes; la implantación de una historia clínica informatizada⁵ con un formato rígido pensado para el enfoque biólogo ha representado otro paso atrás. Y, sin embargo, intentar lo que en los textos de atención primaria se llamaba, quizás ingenuamente, el abordaje holístico del paciente y su enfermedad nos llevó hace años de la formación biólogo a la formación psicoanalítica, y debemos decir que afrontar la consulta diaria de médico de familia con este bagaje cambia toda la perspectiva⁶. Por ejemplo, muchas exploraciones complementarias se hacen innecesarias al quedar rápidamente atrás y desaparecer las quejas somáticas que llevaban al paciente a la consulta y ponerse de manifiesto los conflictos emocionales que estaban ocultos, inconscientes para él detrás de esa queja somática. La experiencia es altamente satisfactoria para los pacientes, que pueden ir poniendo palabras a sus malestares, y muy alentadora también para el profesional. Sin embargo, en nuestro entorno esta experiencia resulta casi «personal e intransferible»

excepto para iniciados. Valga en todo caso esta carta como testimonio.

María León-Sanromà

Medicina Interna. Medicina Familiar y Comunitaria. Psicoterapia. EAP La Gavarra. Institut Català de la Salut. SAP Baix Llobregat Centre. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Costa de Ponent. l'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

1. Tizón JL. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Aten Primaria*. 2007;39:93-7.
2. Borrell-Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2002; 119:175-9.
3. Martín-Zurro A. Atención primaria de salud. En: Martín-Zurro A, Cano JF, editores. *Atención primaria*. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2003. p. 3-15.
4. Loayssa JR. Orientación psicossocial y atención familiar en medicina de familia: malos tiempos para la lírica. *Aten Primaria*. 2005;36:385-7.
5. Turabian JL, Pérez B. La historia clínica electrónica: ¿comer sopa con tenedor? *Cuadernos de Gestión*. 2004;10:175-88.
6. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Bibliària; 1999.

El modelo biopsicosocial: la práctica de la teoría es imposible sin una política para la práctica. Respuesta del autor

Sr. Director: Recibimos con agrado los comentarios sobre nuestro último trabajo acerca del modelo biopsicosocial, publicado por la revista de su dirección. Y decimos con agrado: por un lado por su contenido y, por otro, porque ya han sido varios los compañeros que han escrito comentando el artículo. Para un autor que intentaba

plantear sobre este tema reflexiones y perspectivas alternativas, eso supone un doble apoyo. Supone el reconocimiento de que no estamos tan solos como a menudo nos parece en estas reflexiones y estas actitudes. Pero también supone una demostración de que se ha conseguido crear reflexión e incluso polémica. Y es lo que interesa, tanto por la importancia del tema como para la revista.

Además, creo que con la remitente nos vinculan algunas experiencias y reflexiones compartidas. Por eso, con la confianza en que sabrá disculpar lo apresurado de nuestros comentarios, recogeremos diversos apartados de su carta en el mismo orden en el cual aparecen en ella. Por ejemplo, cuando habla de la desaparición de los grupos Balint, nosotros no seríamos tan pesimistas. Actualmente hay una fuerte presión para que así sea, pero también una fuerte aunque minoritaria presión en sentido contrario. Tengo el placer de invitarle a ella y al resto de los lectores a las Jornadas sobre la Formación del Médico: ¿Bioingeniería o medicina?, que codirijimos por cuenta del Institut d'Estudis de la Salut y el Institut Català de la Salut, y que se celebrarán en Barcelona el 8 y 9 de febrero del 2008. Su núcleo fundamental y el punto de partida para su puesta en marcha es la preocupación por esos temas, incluso desde la dirección actual de dicho Institut d'Estudis de la Salut (y, por supuesto, de los propios organizadores).

Otro campo en el que creemos que hemos dado poca batalla, y en el que buena parte de los profesionales hubieran estado de nuestro lado, es el campo de la historia clínica informatizada. Como defendíamos en los lejanos tiempos de la preparación de la tesis doctoral, que discurrió sobre esos temas, la informática puede y debe proporcionar una mayor libertad para el clínico, no un sistema más de mantenerle arrinconado y contrahecho. Las modernas tecnologías proporcionan inmensas posibilidades de libertad para la anotación y verificación de nuestra práctica clínica. Es responsabilidad de nuestros gestores y nuestra propia que nos hayamos dejado imponer sistemas, técnicas y dispositivos que unidimensionalizan nuestra actividad en vez de facilitar su creatividad. Recordamos a los lectores que, cuando comenzamos a trabajar con historias clínicas computariza-

Palabras clave: Atención primaria. Modelo biopsicosocial. Comunicación. Relación.

Palabras clave: Política sanitaria. Atención primaria. Modelo biopsicosocial. Comunicación. Relación.

das, el ordenador con el que trabajábamos, de «tecnología punta» (fichas perforadas), ocupaba... una habitación de 200 m² que había que mantener isotérmica, sin polvo, sin agentes exteriores, sin entrada de humanos... No puede ser que ese aumento de libertad se aplique tan sólo a los videoclips. Algo muy serio nos estamos dejando hacer o creemos delirantemente que nos han hecho... ¿Y si probáramos a rebelarnos?

Durante los últimos tiempos del franquismo, un grupo de «neuropsiquiatras de zona» decidimos que no íbamos a soportar más la organización del sistema de «psiquiatría ambulatoria» que llevaba decenios imponiéndose a los sanitarios y a la población española, una de cuyas «grandezas» consistía en que, a menudo, teníamos que visitar a 40 o 50 pacientes en 2 h. Ese reducido grupo de (5) «neuropsiquiatras», aunque habíamos ganado nuestra plaza por concurso-oposición, decidimos imponer la cita previa y realizar visitas algo más cuidadosas, más largas y prolongadas. En algún caso, habíamos llegado a encontrar a 101 pacientes ¡de neuropsiquiatría! esperando en la sala de espera para una consulta de 2 h. Imaginen ustedes la situación que se produjo con la «cita previa»: la llamamos «la batalla de Sabadell» y «la batalla de La Verneda». Hubo todo tipo de presiones, amenazas, peleas, agresiones... Con dudas y miedo, nos mantuvimos. Hasta que un día, los directivos de nuestro dispositivo sanitario nos conminaron a volver al «orden» anterior o a ser expedientados inmediatamente. Tras reflexionarlo en conjunto, y ya que era sólo uno el amenazado, decidimos pedir que esa orden se diera por escrito. En el bien entendido, comunicamos al directivo, que con ese escrito íbamos a acudir directamente al Juzgado de Guardia, ya que dudábamos que ningún Juez quisiera obligarnos a visitar a pacientes neuropsiquiátricos a 2 min por paciente. La reforma se mantuvo y supuso el éxito de las primeras visitas programadas en los ambulatorios del Instituto Nacional de Previsión, que así se llamaba la Seguridad Social en aquella época. Accesibilidad no es lo mismo que «café para todos e inmediatamente».

Les recordaba a todos esa anécdota no sólo por la idea de que «oponerse por la justicia, la equidad y la solidaridad» puede dar buenos resultados, incluso durante el fran-

quismo. También, y sobre todo, porque tenemos en nuestra mano pequeñas y grandes reformas que nos harían la vida profesional más vivible. Simplemente, si decidiéramos ser más decididos y honestos con nosotros mismos y nuestros consultantes (también en el horario, la formación y los «pichigüillis»), si revitalizáramos en nuestras sociedades científicas y profesionales esa afán solidario y de confianza mutua. Es esa coyuntura emocional y política, y no sólo cuestiones teóricas o teoricotécnicas, lo que ha permitido que el modelo biopsicosocial haya sido frenado activamente por quien o quienes: a) les interesaba frenarlo, y b) o no les interesaba comprometerse a fondo en su trabajo clínico con una perspectiva globalizadora, que es siempre emocionalmente comprometida. Pero, como decimos a menudo en nuestros seminarios, si en atención primaria o salud mental no te comprometes emocionalmente con los pacientes, estás ya poniendo el combustible de la hoguera en la que más tarde te quejarás de estarte «quemando». Por ejemplo, un equipo que no soporta los duelos de sus pacientes terminales es un equipo emocionalmente terminal.

Me alegra enormemente la vivencia que cuenta nuestra amable comunicante en la que una ayuda psicoanalítica le resultó la mejor forma de mejorar la relación con los pacientes. En eso, nuestra experiencia coincide punto por punto: los 6 años que, gracias al franquismo de otras instituciones, tuvimos que trabajar como médicos de cabecera, coincidieron con años de mi psicoanálisis personal. Como desde entonces vengo repitiendo y mantiene el psicoanálisis desde su fundación, la mejor forma de entender a nuestros pacientes es entender nuestros propios núcleos conflictivos, sufrientes, patológicos... Ya hay incluso estudios empíricos abundantes, y no sólo experiencias aisladas, mensurando que la mejor vía para formarse en comunicación y relación clínica es la experiencia de psicoanálisis o psicoterapia personal, la terapia de grupo y las técnicas grupales de diversas orientaciones, los grupos de sensibilización y los grupos «tipo Balint». Pero, para el apresurado médico y el apresurado ciudadano de nuestros días, eso «implica mucho tiempo», «supone mucho esfuerzo». ¡Como si el tema fuera poco importante o pudiera «resolverse» con «recetas

simples»! Porque las habilidades y actitudes necesarias para practicar la atención primaria (y otras muchas especialidades clínicas) dependen sobre todo de la personalidad del médico, la formación y la formación continuada. Hoy día se sabe que no hay una personalidad única que favorezca esa práctica, sino rasgos de personalidad que la dificultan y rasgos de personalidad que la favorecen. Y que muchos de ellos son entrenables y supervisables mediante técnicas adecuadas. La formación actual, como antes insinuábamos, puede haber llegado ser una formación excelente en tecnología biomédica, pero hoy día parece que ha alcanzado un nivel de pobreza extrema en cuanto a las tecnologías psicológicas y psicosociales. Parafraseando un eslogan de «mayo del 68», o invertimos el rumbo o, cada vez más, hemos de ver «la formación en tanto que proceso de degradación» (para el contacto clínico). Y en cuanto a la formación continuada, con poca experiencia y honestidad que le pongamos al asunto, ya sabemos que hoy día es urgente deslindarla de los cursos, congresos y «actividades formativas» de «pompa y circunstancia», que la dominan hasta el extremo de estrangularla en algunas de nuestras autonomías.

Pero siempre ha habido personas e incluso grupos humanos y masas que se dejan embaucar por los «beceros de oro» de los cursillos, curesets y «actividades formativas» que prometen «el oro y el moro» en sencillas y rápidas actividades puntuales y, además sin compromiso emocional, ni de tiempo, ni de dinero (porque lo dona la industria)... No creemos que valga la pena insistir sobre su escaso valor a medio plazo. Como decimos, ya hay estudios empíricos que prueban que la mejor forma de cambiar y mejorar nuestra práctica asistencial son las experiencias personales, terapéuticas o vivenciales, suficientemente mantenidas, las tutorías profundas y bien llevadas que abarquen la entrevista y las técnicas de entrevista y comunicación, la supervisión (sí, sí: la supervisión) de nuestras entrevistas y exploraciones, las técnicas de observación, algunos grupos «Balint» y «tipo Balint», sistemas con compartir la experiencia y las correcciones con los pares, etc. Ya sabemos que en ese mundo de lo «psi» no es fácil orientarse, pero a nosotros hoy nos resulta mucho más difícil orientarnos en un

abdomen agudo o en casi todos los tipos de disritmias cardíacas, y a ustedes no. Si uno es consecuente, encuentra profesionales consecuentes. Si queremos autoengañarnos, ¿es tan fácil!

Porque uno siempre es libre de creer en la feria a quien quiere vendernos duros a cuatro pesetas... Por eso les decía al principio que "la práctica de la teoría del modelo biopsicosocial es imposible sin una política para la práctica".

Jorge L. Tizón

Prevenió en Salut Mental-EAPPP. Equip d'Atenció Precoç als Pacients amb Psicosis. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

La anticoagulación oral como servicio de atención primaria. Una necesidad inaplazable

Sr. Director: Hemos leído con gran interés los artículos de Sánchez Garrido R et al¹ y Calvo² sobre interacciones farmacológicas en pacientes anticoagulados y publicado en su revista. Durante 2006 hemos realizado en nuestro centro de salud una evaluación sobre el programa de anticoagulación y al comparar los resultados podemos complementar las conclusiones de los autores mencionados. Hemos estudiado de forma retrospectiva las características y las prescripciones de los anticoagulados de nuestro

centro de salud, que tiene una población adscrita próxima a los 13.000 habitantes y oferta el control de anticoagulación desde 2003.

Se han controlado 84 pacientes anticoagulados, 48 varones (57,1%), con una edad media de 66 años, 61 (72,7%) de ellos con acenocumarol y 23 con warfarina. Las indicaciones de la anticoagulación fueron similares a la distribución de los trabajos comentados. Los anticoagulados con criterio de polimedición (más de 5 fármacos diferentes usados en los últimos 6 meses) eran 51 (60,7%) y aquellos con criterio de pluripatológicos³ (más de 2 enfermedades crónicas según definición funcional del proceso asistencial integrado) 22 (27,1%). Las interacciones detectadas del conjunto de prescripciones han sido: medicación intramuscular no indicada (5), analgésicos a dosis inadecuadas (62), antimicrobianos inadecuados (44), hipolipemiantes (4), antiinflamatorios no recomendados (3) y antidiabéticos (2). En nuestro caso, el sexo, el tipo de fármaco y la indicación no influían en el uso de fármacos con interacciones. En cambio, los polimeditados absorbían el 60% de las interacciones y los dos tercios de los pluripatológicos presentan interacciones en sus prescripciones.

Tal como bien reflejan los autores, el problema fundamental de las interacciones no lo determinan los tratamientos crónicos «estables», sino los fármacos introducidos en los procesos agudos. Esta circunstancia, junto con los problemas de cumplimiento y las transgresiones dietéticas, eran los 3 determinantes evitables de descompensación detectados.

Inicialmente fue la estandarización del INR, la formación de los médicos de familia y la generalización de los coagulómetros portátiles lo que permitió una descentralización en el control de los anticoagulados. En la actualidad, los equipos de atención

primaria aportamos una valoración de la comorbilidad/pluripatología, un tratamiento farmacológico de procesos agudos y crónicos, una actividad educativa, una integración de la información clínica a través de la historia informatizada, una personalización y una accesibilidad que es sustancialmente diferente al control tradicional de los servicios de hematología.

Las nuevas indicaciones y el envejecimiento determinarán un incremento de pacientes anticoagulados próximamente, y hay ya suficientes experiencias para demostrar que no hay diferencias en el tratamiento de estos pacientes entre la atención primaria y el hospital. El valor añadido que aportamos como médicos de familia y enfermeras justifica la necesidad de no aplazar por más tiempo la responsabilidad completa del control de la anticoagulación en atención primaria.

Miguel Melguizo Jiménez, Amparo Ortega del Moral, José Antonio Castro Gómez y Luis Aguilar Navas

Medicina de Familia. Centro de Salud Almanjáyar. Distrito Sanitario Granada. España.

Palabras clave: Anticoagulación oral. Interacciones farmacológicas. Atención primaria.

1. Sánchez Garrido R, Molina MP, Rodríguez MI, Escolar JL. Interacciones farmacológicas en pacientes tratados con anticoagulantes orales en una zona de salud rural. *Aten Primaria*. 2006;38:427-31.
2. Calvo MJ. Basemos las guías de atención primaria en estudios pragmáticos. *Aten Primaria*. 2006;38:432-4.
3. Ollero M, coordinador. Atención a pacientes pluripatológicos. *Procesos asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud-Junta de Andalucía; 2007 [accedido 17-3-07]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/docs/g003.pdf>.