



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EDITORIAL

Examinando críticamente los síntomas y diagnósticos que se dan por sentados en medicina de familia. Creando una escuela propia

Critically examining the symptoms and diagnoses that are taken for granted in family medicine. creating an own school

«Mientras que creo que científicamente la migraña puede clasificarse con las epilepsias, sería tan absurdo hacerlo a efectos prácticos como el clasificar a las ballenas con otros mamíferos. Una ballena es un pez, aunque en zoología sea un mamífero».

John Hughlings Jackson (Green Hammerton, 1834 - Londres, 1911. Oftalmólogo y neurólogo británico). En: Sacks O. *Migraine. Evolution of a common disorder*. London: Faber and Faber; 1973. p 101.

La forma actual de entender los síntomas

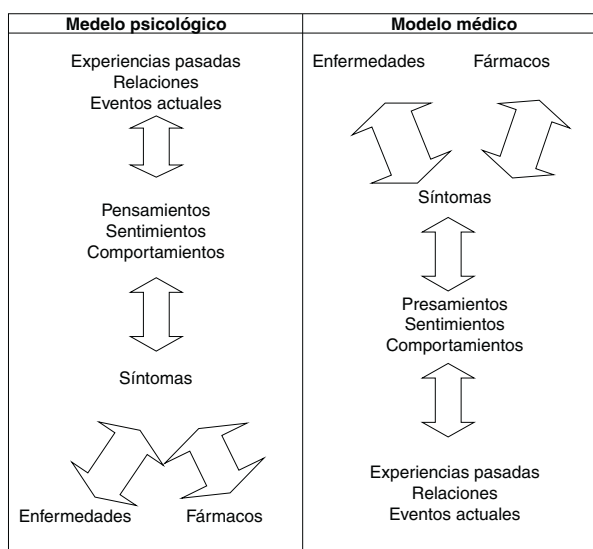
La forma actual de hacer y clasificar diagnósticos clínicos (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Clasificación internacional de enfermedades, etc.) recuerda a aquel Rey de Escocia que decía que tenía un «test» infalible para identificar a las brujas: ponía a las mujeres a guisar en una caldera de agua hirviendo y luego probaba el caldo. Así podía decir: «esta era una bruja» o «esta no lo era». La diferencia actual es que nosotros somos los afectados^{1,2}.

El clínico novicio quiere un «compendio total de síntomas y signos objetivos» que recapitule sus causas, así como la información necesaria para distinguirlos entre ellos, y el diagnóstico por exclusión es su método prevalente para asegurar lo que es patológico y lo que no lo es, con las consecuencias de una sobrecarga de los recursos diagnósticos y un daño y medicalización para la población. Por otra parte, el significado de la «evidencia» en la medicina basada en pruebas (MBP) no es claro y no existen estudios de calidad para demostrar su superioridad. La MBP encierra solo la ilusión de rigor científico³. Además, clásicamente se admite que la exploración física puede ser útil o puede confundir. Es, por lo tanto, importante delimitar los hallazgos relevantes -síntomas y signos- solo cuando sean compatibles con el carácter del problema. Por el contrario, el exceso de síntomas valorados o pruebas pueden desorientar⁴.

En la vida real no existen los síntomas (ni los signos) objetivos⁵, todos son subjetivos. Por otra parte, las distintas tipologías posibles de los síntomas están «enmarañadas» o encadenadas unas con otras, debiendo considerar el síntoma como un «nudo de un retículo»: los síntomas pueden ser apropiados o inevitables; ser expresiones de alteraciones bioquímicas, símbolos para el paciente, expresiones del contexto grupal, o modos de afrontar una situación; y dependen del funcionamiento psicológico previo del paciente, la severidad del déficit de la función psicológica asociada a la enfermedad, las habilidades residuales, la adaptación y el afrontamiento de las limitaciones funcionales, la relación médico-paciente, así como de la influencia del contexto⁶. Para recoger la información necesaria es muy importante el método que tenga el clínico, y su capacidad para relacionarse con el paciente: la «puesta en escena» u organización de un espacio de representación.

Marco teórico: 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

No hay un modelo único de representación de la clínica. Así, por ejemplo, el modelo psicológico asume que la interacción entre la experiencia pasada, las relaciones interpersonales y los eventos actuales con los pensamientos, sentimientos y comportamientos del paciente conducen a los cambios del humor y los síntomas. Se acepta que la enfermedad o los fármacos pueden ser explicaciones alternativas, pero si estos pueden excluirse, la causa de los síntomas es la realidad interna del paciente. El modelo biomédico ve la enfermedad como causa primaria de los síntomas y estos conducen a cambios de pensamientos, sentimientos y comportamientos, que interaccionan con las relaciones interpersonales del paciente, los eventos actuales y las experiencias pasadas⁷.



Fuente: Modificada de Hammersley D. counselling people on prescribed drugs. London: Sage publicaciones; 1995

Figura 1 Modelo médico y modelo psicológico: hay una diferencia básica entre los modelos médico y psicológico que se relaciona con la dirección de la causalidad. Fuente: modificada de Hammersley D⁷.

(fig. 1). La fuerza y el éxito del proyecto biomédico han hecho que los cuadros diagnósticos claramente delimitados ejemplifiquen la típica situación clínica, lo cual, al menos en medicina de familia (MF), es muy inapropiado. Sabemos que aproximadamente el 50% de las presentaciones de síntomas en MF no pueden relacionarse con una enfermedad. Este es uno de los motivos principales por los que es necesario un método principal⁸. Los síntomas (a, b, c, etc.) que conforman una enfermedad son múltiples, y pueden presentar innumerables permutaciones y combinaciones (a+b; a+c; a+b+c; b+c; etc.). Son orgánicos (físicos) y a la vez son emocionales. Por ejemplo, las «náuseas» o el «dolor» son tanto una sensación física como un estado mental, y la migraña es una enfermedad neurológica y también un cuadro alternativo a la neurosis⁹ (tabla 1), etc. Lo crucial es distinguir el marco teórico de referencia. No hay Medicina, Psicología, Sociología o Semiología que no comprometa a quien la practica, obligándole a colocarse en un área definida del saber y forzándole a precisas opciones culturales que serán fundamentales para toda la investigación¹⁰.

Tenemos que hacer como hizo Robinson Crusoe, según describe Defoe¹¹ su proceso mental en la novela, cuando se enfrentó a la sorpresa de ver una huella de un pie en la arena de la playa: la presencia de otra persona ponía en tela de juicio su mundo conceptual (¡él estaba solo en la isla!). Así, en MF vemos continuamente inconsistencias de la clínica aceptada actualmente que «no tenían que estar allí»: tenemos que afrontar esta disonancia sin ocultarla y ordenar científicamente estos hechos que vemos en nuestra práctica, para criticar reflexivamente tanto la visión biomédica como la psicosocial^{12,13}. Los médicos de familia (MdF) tenemos que pensar en nuestra clínica cotidiana y construir teoría desde la misma. La ciencia es el proceso de crear conceptos nuevos que unifican nuestro entendimiento del mundo. Y la respuesta científica debe ser práctica y también

Tabla 1 Algunos síntomas que se producen bajo ciertas circunstancias provocadoras en episodios con un patrón o secuencia repetida, y algunos posibles diagnósticos a que podrían dar lugar, según la constelación de síntomas que se recojan o se den prioridad (marco teórico)

Síntomas	Diagnósticos de enfermedad
Cefalea	Migraña común
Náuseas, vómito	Migraña clásica
Dolor abdominal	Equivalentes migrañosos
Rinorrea	Ansiedad/depresión
Alteraciones del afecto y del ánimo	Epilepsia
Alteraciones del sueño	Accidente cerebrovascular
Lagrimo	Efectos adversa
Alucinaciones sensoriales	Epifonías de fármacos
Parestesias	Síncope vasovagal
Ptosis	Enfermedades «psicosomáticas»
Diplopía	Histeria
Escotoma	Psicosis
Mareo	
Síncope («desmayo»)	
Sudoración	

Fuente: modificada de Sacks O⁹.

sensible. Es preciso «deconstruir» la teoría actual que no se corresponde con la clínica en MF y «construir» una nueva clínica. Tenemos que desaprender para continuar el camino hacia nosotros mismos: deconstruir para volver a construir¹⁴.

¿Qué significa deconstruir la clínica?

La deconstrucción es una forma de entender y criticar la teoría y práctica de un paradigma. La deconstrucción tiene sus orígenes en la filosofía, pero es útil y relevante como una forma de desafiar el paradigma dominante de cualquier disciplina¹⁵. La deconstrucción consiste en mostrar cómo se ha construido un concepto cualquiera a partir de procesos históricos y acumulaciones metafóricas, mostrando que lo claro y evidente dista de serlo, puesto que lo verdadero en sí tiene bases históricas y relativas¹⁶.

¿Cómo ir más allá de la vieja dicotomía «sano/enfermo»? Poniendo atención a las oposiciones implícitas; examinando las contradicciones en las suposiciones u oposiciones de las categorías diagnósticas. No se trata de privilegiar un lado frente al otro, sino más bien eliminar ambos lados. La división entre salud y enfermedad no es discontinua¹ (tabla 2). La deconstrucción en su sentido «original» identifica las oposiciones conceptuales, recupera nociones que se han excluido y muestra cómo las ideas que se han privilegiado dependen de un orden dominante. «Deconstrucción» refiere a desmenuar y significar suprimiendo y proporcional un camino de releer y retrabajar ideas y prácticas que normalmente se toman dadas. Los resultados de nuestra práctica sanitaria dependen muy poco de la biomedicina. Más que proporcionar la norma, el diagnóstico biomédico

Tabla 2 ¿Cómo se pueden deconstruir las categorías clínicas? Poniendo atención a las oposiciones implícitas en las suposiciones u oposiciones de las categorías diagnósticas

Oposiciones	Conceptualización y ejemplos
Individual/Social	Se han individualizado problemas sociales. La noción de que un problema se localiza en un individuo quita responsabilidad a la sociedad. Lo individual solo existe como figura frente al fondo de la sociedad. Términos como «ansiedad» y «depresión», por ejemplo, localizan las fuentes del temor e infelicidad culpando a «cambios bioquímicos» o «errores de pensamiento» más que a las situaciones emocionales, físicas y económicas a que han estado sujetas las personas en sus vidas
Razón/Sinrazón	El modelo racionalista de la ciencia tiene grandes dificultades para entender por qué la gente es a veces irracional e inconsistente. Hay una multiplicidad de modelos que nos ayudan a configurar el mundo, pero no a tener certeza de él
Significante/Significado	En el paradigma biológico la distancia entre figura y sentido, entre agrandante y significado, es siempre reducida; en medicina de familia se agranda esa falla entre los 2 polos del signo
Normal/Anormal (patológico)	El umbral de aparición de la patología es más o menos elevado según los individuos, y las causas de los síntomas son multifactoriales. Los factores intrínsecos (por ejemplo, genéticos) determinan el nivel del umbral y, por su lado, el encuentro del sujeto con unas circunstancias existenciales vinculadas al entorno permite la aparición de los síntomas. Se puede tener un umbral bajo –o una limitada tolerancia a los acontecimientos del ambiente– y no penetrar nunca en el terreno de la patología si el ambiente es particularmente favorable. A la inversa, se puede tener un umbral elevado –y, por ende, ser a priori «normal»–, pero hallarse algún día invadido por unas condiciones medioambientales que engendran la aparición de síntomas patológicos
Categorías puras/Categorías difusas de la vida real	Para una persona determinada se pueden realizar un cierto número de diagnósticos distintos con los mismos síntomas. El problema no es refinar el diagnóstico, sino darse cuenta de que el sistema de diagnóstico no es apropiado para la complejidad humana
Visión profesional/Visión de la gente común o de los pacientes	No hay una distinción verdadera entre la visión del profesional y la de la gente común, pues el conocimiento profesional está también profundamente embebido en el contexto cultural. Cada categoría clínica «pura» y la clase de intervención ofrecida dependen de un contexto cultural (por ejemplo, los psiquiatras de raza negra reciben más tratamientos punitivos en psiquiatría). El diagnóstico (y el tratamiento) es contexto-dependiente
Certeza/Incertidumbre	Hay un grado de incertidumbre, de inestabilidad
Objetivo/Subjetivo	No existe ningún síntoma objetivo
Orgánico/Funcional (o mental)	El dolor y otros síntomas somáticos funcionales son muy frecuentes, tanto en la depresión, como en el trastorno de ansiedad
La parte/El todo	En las tradiciones arcaicas se entiende la curación como un modo de regreso de la parte al todo. En esencia, el trauma tiene que ver con el hecho de sentirse desbordado y con las conexiones interrumpidas, bloqueado, aislado. Las conexiones pueden ser físicas-codificadas en nuestro ADN-, de la personalidad, y a nivel del alma

Fuente: elaboración propia y modificada de Parker I, et al.¹.

entonces se convertiría en un caso especial dentro del marco más amplio del pensamiento diagnóstico⁸, el concepto de situación se transforma en facilitar el desbloqueo de una situación, el cambio o el paso de un escenario a otro con nuevas perspectivas, el ajuste o cambio de la matriz de relaciones o conexiones de una persona en un contexto¹⁷.

En resumen, los profesionales sanitarios biomédicos y biopsicosociales (BPS) necesariamente difieren en la posi-

ción desde la que miran los eventos clínicos y la lógica que usan para interpretarlos. Una perspectiva ecosistémica proporciona un nuevo acercamiento a los sistemas vivos y tiene un profundo impacto en los servicios sanitarios¹⁸. Es indispensable que los MdF realicen un esfuerzo para reconstruir o coconstruir la clínica desde su marco de referencia del enfoque BPS (tabla 3)¹⁹. Es necesaria una «escuela» propia de MF, donde facilitar la reflexión, en los MdF en ejercicio

Tabla 3 Conceptos y definiciones convencionales o dominantes relacionadas con semiología y sus alternativas en «la vida real» de medicina de familia

Concepto	Definición convencional o dominante	Definición alternativa en medicina de familia
Semiología	Es la ciencia que estudia los sistemas de signos: lenguas, códigos, señalizaciones, etc.	Una ciencia que estudia la vida de los signos en el seno de la vida social. Se sitúa en la interfaz de un gran número de campos del saber (filosofía, fenomenología, psicología, etnología, antropología, sociología, epistemología, lingüística, teorías de la percepción, neurociencias). Encontraremos tantas doctrinas de los signos como conceptualizaciones de esta cooperación de saberes
Semiología clínica	Es la ciencia que estudia los síntomas y signos de las enfermedades	El estudio de los síntomas de las enfermedades y el abordaje que hacen los médicos de los pacientes y sus alrededores está influido por el modelo conceptual alrededor del cual se organiza su conocimiento
Síntoma	Fenómeno revelador de una enfermedad. Por síntomas se entienden las molestias o sensaciones subjetivas de la enfermedad (ejemplo: dolor, náuseas, vértigo, disnea, astenia, etc.)	Las distintas tipologías posibles de los síntomas están «enmarañadas» o encadenadas unas con otras, y no pueden separarse síntomas aislados para distinguirlos y excluirlos
Compendios de síntomas	Son listas de síntomas, generalmente ordenados alfabéticamente, y relacionados con enfermedades anatómicas: abrasión, absceso, acné, afasia, alucinación, etc.	No hay compendios de síntomas; estos deben verse dentro del contexto del universo simbólico que es vivido desde una experiencia individual, e identificados en un proceso comunicacional bidireccional
Signo	Cualquier evidencia objetiva de una enfermedad (por ejemplo: observación de ictericia, palpación de un aneurisma abdominal, auscultación en la región precordial de un soplo cardíaco)	No existen los signos objetivos: esa evidencia depende de la subjetividad del explorador
Síndrome	Conjunto de signos y síntomas que se presentan juntos. Por ejemplo: síndrome febril, síndrome hipertiroideo, síndrome meníngeo.	El concepto clínico de rizoma (maraña de raicillas que se anastomosan): no son síntomas que se presentan juntos, ni es comorbilidad –presencia de 2 o más enfermedades, no ligadas etiológicamente en un mismo individuo–, ni un conjunto de factores de riesgo, ni conjuntos de características de salud asociadas entre sí, por poseer causas compartidas o relacionadas, o por estar interconectados (síndromes comunitarios), sino que se refiere a estar «entre» los problemas, no son los elementos ni los conjuntos los que definen la multiplicidad, sino que la define la conjunción «y», no son ni uno ni otro, sino que pasa por los 2
Enfermedad	Tiene características propias y, en general, tiene una causa específica	El concepto de enfermedad se perspectiva en el bloqueo de una situación, la falta de perspectiva de cambio o de paso de un escenario a otro, la ruptura de la matriz de relaciones o conexiones de una persona en un contexto
Diagnóstico	Se basa en la taxonomía científica, de categorías exhaustivas y mutuamente exclusivas, según las características más importantes de la enfermedad	La identificación y el diagnóstico de todas las enfermedades está más en relación con ciertos factores sociales y contextuales que con factores patológicos específicos

Fuente: elaboración propia.

y en formación, sobre una alternativa a la práctica actual, que sistemáticamente clarifique y defina los conceptos médicos e ideas cruciales en MF, específicos, diferenciales y propios de esta especialidad.

Bibliografía

1. Parker I, Georgaca E, Harper D, McLaughlin T, Stowell-Smith M. Deconstructing psychopathology. London: SAGE Publications; 1995.
2. Warelow P, Holmes CA. Deconstructing the DSM-IV-TR: A critical perspective. *Int J Ment Health Nurs*. 2011;20:383–91.
3. Devisch I, Murray SJ. 'We hold these truths to be self-evident': deconstructing 'evidence-based' medical practice. *J Eval Clin Pract*. 2009;15:950–4.
4. Engel GL. Fainting. Physiological and psychological considerations. Springfield: Charles C. Thomas. Publisher; 1950.
5. Zarifian E. Los jardineros de la locura. Madrid: Espasa-Calpe; 1990.
6. Turabián JL, Pérez Franco B. Los síntomas en medicina de familia no son síntomas de enfermedad, sino síntomas de vida. *Aten Primaria*. 2011, doi:10.1016/j.aprim.2011.02.016.
7. Hammersley D. *Counselling people on prescribed drugs*. London: Sage Publications; 1995.
8. Rudebeck CE. Algunos aspectos evidentes del cuerpo en la experiencia e interacción clínica. *Dimens Hum*. 1999;3:24–9.
9. Sacks O. *Migraine. Evolution of a common disorder*. London: Faber and Faber; 1973.
10. Georges JM, Sister Sharon McGuire. Deconstructing clinical pathways: mapping the landscape of health care. *ANS Adv Nurs Sci*. 2004;27:2–11.
11. Defoe D. *Robinson Crusoe*. Estella (Navarra): Salvat Editores, S.A; 1982.
12. Wagner EH. Deconstructing heart failure disease management. *Ann Intern Med*. 2004;141:644–6.
13. Talley CL. The emergence of multiple sclerosis, 1870-1950: a puzzle of historical epidemiology. *Perspect Biol Med*. 2005;48:383–95.
14. Bradley SK, Carter B. Deconstructing child and adolescent mental health: questioning the 'taken-for-granted'... *Nurs Inq*. 2011;18:303–12.
15. Rolfe G. The deconstructing angel: nursing, reflection and evidence-based practice. *Nurs Inq*. 2005;12:78–86.
16. Derrida J, Caputo J. *La deconstrucción en una cáscara de nuez*. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2009.
17. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Apuntes sobre la resolutividad y cura. *Aten Primaria*. 2003;32:296–9.
18. Rolland JS. Families, illness, and disability. En: *An integrative treatment model*. New York: Basic Books; 1994.
19. Wenrich MD, Jackson MB, Ajam KS, Wolfhagen IH, Scherpbier AJ. Teachers as learners: the effect of bedside teaching on the clinical skills of clinician-teachers. *Acad Med*. 2011;86:846–52.

J.L. Turabián^{a,*} y B. Pérez-Franco^b

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España*

^b *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina, Toledo, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jturabianf@meditex.es (J.L. Turabián).