

Recuperando la identidad: un manifiesto por la Atención Primaria

Recovering the self: a manifesto for primary care

Dowrick C, Heath I, Hjörleifsson, Misselbrook D, May C, Reeve J, Swinglehurst D, Toon P

(versión original publicada en : Br J Gen Pract, November 2016)

<http://d1ksgr6v5tsksf.cloudfront.net/content/66/652/582>



Por el interés y alcance que creemos tiene para la práctica de la medicina en el ámbito de la atención primaria, Doctutor publica íntegramente en versión traducida al español el manifiesto 'Recovering the self: a manifesto for primary care'.

Los cambios políticos, ideológicos y organizacionales a los que está siendo sometida la atención primaria son de una enorme magnitud, y están ejerciendo intensas presiones que afectan al sentido de la identidad del paciente y el médico en la consulta. Un reciente informe de la Fundación de la Salud nos insta a desarrollar prácticas de cuidado basadas en una filosofía de las personas como "seres con sentido, pensamientos, sentimientos, emociones, reflexivos, relacionales, reactivos y sensibles"(1). Se alienta a los médicos de familia a trabajar en colaboración con los pacientes, y a promover la autogestión. Esto supone que los pacientes (y los médicos) tienen medios y capacidad, la capacidad para tomar sus propias elecciones y decisiones y el poder de actuar en una situación dada. Sin embargo, estas suposiciones son problemáticas cuando se realizan con 15 minutos de retraso en una consulta matutina con 18 pacientes, la mayoría de los cuales son desconocidos para el médico, y su menú desplegable de la pantalla del programa le insta al médico actualizar la puntuación del riesgo cardiovascular de paciente y tomar medidas para reducir sus niveles de HbA1c.

Queremos dar permiso a los clínicos para que hagan una atención centrada en la persona ofreciendo un lenguaje auténticamente propio que puedan usar para describir y defender su práctica. Nuestras principales motivaciones para establecer la centralidad del 'yo' en la atención primaria son la de ofrecer esperanza a los que ingresan en este ámbito de la atención, alentar a los que están cansados de su experiencia actual en la práctica, proporcionar un apoyo esencial a la causa generalista.

Pacientes y Médicos experimentan amenazas a su identidad

El sentimiento de identidad de los pacientes puede verse gravemente afectado por el sufrimiento que estos experimentan, el impacto viciado que supone la privación socioeconómica, los efectos fragmentarios de una violencia doméstica sostenida, las consecuencias catastróficas de una enfermedad grave o simplemente el efecto del desequilibrio entre las demandas cotidianas y los recursos disponibles para hacerles frente (2)

En paralelo, también se está erosionando la identidad de los médicos. Las presiones para cumplir con una plétora de guías-pautas-protocolos clínicos enfocadas en la enfermedad y en los programas de salud pública dejan poco margen al juicio clínico. Los cambios organizativos hacen que esto sea más problemático: a medida que las consultas se hacen más grandes, las oportunidades para realizar una atención continuada disminuyen (3). En el Reino Unido la actual crisis de médicos de familia reduce aún más la posibilidad de ofrecer los elementos personales esenciales del cuidado.

La consulta de atención primaria está ahora dominada por la presencia de la tecnología en forma de ordenador, abriendo muchas voces adicionales en la consulta y haciendo demandas estrictas y competitivas que exigen la atención de los médicos (4). Una proporción creciente de consultas de medicina de familia se realizan de forma no presencial, por teléfono o mediante otros dispositivos. Este énfasis en el acceso y su conveniencia, en lugar de una continuidad en la atención, reduce significativamente las oportunidades de un compromiso terapéutico.

La educación médica tiene poco que decir sobre lo que significa ser persona, sobre lo que podría constituir el "yo". A pesar de que la atención "centrada en el paciente" o "centrada en la persona" es la retórica de gran parte de los esfuerzos educativos, la noción de "yo" o "persona" en su esencia rara vez es desempaquetada. Con demasiada frecuencia los médicos de familia llenan este vacío empleando metáforas y prácticas explicativas derivadas de un paradigma científico reduccionista. Con demasiada frecuencia, los médicos de familia consideran a los pacientes como sistemas mecánicos y sus enfermedades como rompecabezas, viéndose a sí mismos como solucionadores de problemas y controladores de la enfermedad (5) (contrastando marcadamente con las retóricas declaraciones públicas sobre los auto-cuidados y la colaboración). Y con demasiada frecuencia las explicaciones biológicas de los problemas de los pacientes triunfan sobre las interpretaciones biográficas, lo que lleva al sobrediagnóstico y a la medicalización del sufrimiento humano.

Recuperando la identidad

Las soluciones para muchos de estos problemas radican en cambios estructurales, socioeconómicos, políticos y organizativos. Sin embargo, consideramos que recuperar la identidad, tanto para los pacientes como para los médicos, es un requisito esencial para que una atención primaria auténticamente centrada en la persona sea una realidad práctica.

Proponemos cinco polaridades clave, visibles o potenciales en cada consulta relacionadas con la identidad (el yo) de los pacientes y médicos de familia. Reconocemos que el médico generalista que presta una atención centrada en la persona se enfrenta a una enorme complejidad; y que la sabiduría clínica implica la capacidad de mantener en equilibrio diferentes perspectivas, reconocer las tensiones y evitar los peligros de quedar varados en un extremo:

Pacientes pasivos o activos. Los pacientes pueden ser víctimas pasivas de circunstancias o enfermedades que para salvar o restaurar sus vidas requieren recurrir a recursos de la profesión médica especializados (7). Aunque la autonomía es un principio ético fundamental, hacer énfasis inapropiadamente en el paciente autónomo puede llevar a una peligrosa indiferencia (8). Pero si adoptamos modelos paternalistas más allá de lo razonable, corremos el riesgo de perder a los pacientes como personas decididas y sensibles. Debemos recordar que los pacientes tienen capacidad creativa (9), que son capaces de llevar sus propias vidas y de encontrar significado en un compromiso responsable con el mundo que les rodea (10).

Profesionales clínicos comprometidos o desvinculados. El clínico tiene que ser capaz de ver al paciente tanto como un objeto como un ser y compañero humano. Deben equilibrar la biología y la biografía, ofrecer una atención de acuerdo a las directrices y las mejores evidencias, a la vez que realizan juicios sobre los intereses de la persona que está ante ellos. La aplicación exitosa del modelo médico al análisis del problema que el paciente presenta requiere una relación Yo-Ello. El clínico debe mirar la situación objetivamente, tratando de entender lo que está pasando en términos de fisiología y psicología. Al mismo tiempo, si quieren obtener la narración, comunicarse eficazmente y desbloquear el potencial curativo, requiere de la inter-subjetividad (11) y de una mente compartida (12) de una relación Yo-Tu.

Encuentros burocráticos o autónomos. Los clínicos y los pacientes son considerados cada vez con más frecuencia como parte de jerarquías complejas de conocimientos especializados y divisiones técnicas del trabajo, en las que tanto el conocimiento como la práctica están sufriendo una rápida reestructuración frente a nuevas formas de regular la conducta y medir el desempeño profesional (13). Pero un énfasis excesivo en este enfoque instrumental de la organización del trabajo del médico lleva a un lento colapso de la idea de que los médicos poseen la autoridad de la persona experta que actúa con discreción como profesional autónomo y al colapso de la noción del paciente como receptor de esa atención.

Individuos o entes sociales. El lenguaje de la "autogestión", "elección informada", "control de la diabetes" y "opciones sobre el estilo de vida" presentan a los pacientes como agentes que toman decisiones informadas basadas en un análisis racional de las alternativas. Esto implica una versión individualista y racionalista del yo. Sin embargo, el yo también tiene una dimensión moral y emocional construida en la relación con otros seres humanos, a menudo mediada por artefactos materiales y tecnologías. Si los médicos o los pacientes se anclan en el extremo individualista, se desatenderá la noción más colectiva y distributiva de la identidad en la que el "quiénes somos" se hace significativo principalmente a través de nuestras relaciones (14).

Teorías fiscalistas o humanistas. El método científico empírico ha tenido un gran éxito en las ciencias físicas y define la base de conocimientos de la medicina. Pero una explicación del mundo únicamente como materia y energía puede llevar a una visión empobrecida del ser humano y por lo tanto de la práctica médica. Las teorías fiscalistas de la mente omiten el componente esencial de la conciencia, a saber, que hay algo que se siente al ser un ente consciente único. La cualidad y, por tanto, la autoconciencia humana, no pueden abarcarse dentro de una explicación puramente física del yo (15). Los médicos tienen la necesidad instrumental y moral de tomar en serio la personalidad. Se requiere un modelo académico que incluya la conciencia humana como una entidad

válida y significativa.

Conclusión

Existe la necesidad urgente de una inteligencia crítica y de debate sobre la naturaleza y las funciones de las personas que participan en las consultas de atención primaria y las múltiples y diversas presiones ejercidas sobre ellas al objeto de apoyar prácticas que permitan a los pacientes y a los médicos recuperar su identidad, su sentido de sí mismos.

Referencias

1. Harding E, Wait S, Scrutton J (December, 2015) The State of Play in Person-Centred Care (Health Foundation, London) Full report, <http://www.healthpolicypartnership.com/wp-content/uploads/State-of-play-in-person-centred-care-full-report-Dec-11-2015.pdf> (accessed 20 Sep 2016).
2. Reeve J, Cooper L (2016) Rethinking how we understand individual healthcare needs for people living with long-term conditions: a qualitative study. *Health Soc Care Community* 24(1):27?38.
3. Toon P (2014) A flourishing practice? (RCGP, London).
4. Swinglehurst D, Roberts C, Li S, et al. (2014) Beyond the 'dyad': a qualitative re-evaluation of the changing clinical consultation. *BMJ Open* 4(9):e006017.
5. Skelton JR, Wearn AM, Hobbs FD (2002) A concordance-based study of metaphoric expressions used by general practitioners and patients in consultation. *Br J Gen Pract* 52(475):114?118.
6. Dowrick C, Frances A (2013) Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ* 347:f7140.
7. Árnason V, Hjörleifsson S (2016) The person in a state of sickness. *Camb Q Healthc Ethics* 25(2):209?218.
8. Schei E (2006) Doctoring as leadership: the power to heal. *Perspect Biol Med* 49(3):393?406.
9. Reeve J (2010) OP88 ? Interpretive Medicine Supporting generalism in a changing primary care world (RCGP, London) Occasional Paper 88, <http://www.rcgp.org.uk/bookshop/books-by-series/occasional-papers-and-reports/op88-interpretive-medicine-supporting-generalism-in-a-changing-primary-care-world.aspx> (accessed 20 Sep 2016).
10. Dowrick C (2009) Beyond depression. A new approach to understanding and management (Oxford University Press, Oxford), 2nd edn.
11. Heath I (2009) That by which it is what it is. *Br J Gen Pract* doi:10.3399/bjgp09X420545.
12. Epstein RM (2013) Whole mind and shared mind in clinical decision-making. *Patient Educ Couns* 90(2):200?206.
13. May CR (2015) Making sense of technology adoption in healthcare: meso-level considerations. *BMC Med* 13:92.
14. Strawson G (2009) Selves: an essay in revisionary metaphysics (Oxford University Press, Oxford).
15. Misselbrook D (2014) Q is for Qualia. *Br J Gen Pract* doi:10.3399/bjgp14X679804.