

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

EL PARADIGMA BIOPSIICOSOCIAL: UNA NECESIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA ACTUAL.

Por:

Dra. Ivonne Cepero Rodríguez¹, Lic. Isabel Mederos Luis² y Dr. Carlos Jorge Hidalgo Mesa³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente. ISCM-VC.
2. Licenciada en Psicología. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

ESTILO DE VIDA
PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
ATENCIÓN DE LA SALUD

Subject headings:

LIFE STYLE
HEALTH-DISEASE PROCESS
HEALTH CARE

La medicina es la más humana de las profesiones, pues se trata de una relación muy especial entre dos seres: el enfermo que siente amenazada su vida, su seguridad y la de su familia, afectado de ansiedad, súbitamente consciente de la realidad de la muerte, y el médico, capaz de calmar o erradicar sus temores y posiblemente de curarlo, pues está preparado para ello, y en esa relación el médico llega a tener acceso a la unidad biopsicosocial del paciente, privilegio único.

Descartes (1596-1650) comprendió el valor de esta profesión cuando dijo: “Si alguna vez la raza humana se eleva a su más alto nivel intelectual, moral y físico, la ciencia de la medicina le rendirá ese servicio”¹.

El médico de esa época atendía a numerosas familias, cuidaba de la salud de todos sus miembros grandes y pequeños, se encargaba de forma integral de casi todas las enfermedades y era, además, un consejero sabio y oportuno cuando se requería, e incluso, hasta un confesor laico. Los enfermos eran atendidos la mayor parte del tiempo en sus casas y muchos fallecían en ellas, rodeados del cariño de sus seres queridos.

Con la revolución científico-técnica quedó sepultada la era de esos representantes de la medicina general o de la medicina interna, que todo lo sabían sobre las enfermedades; la medicina y la cirugía se multiplicaron en subespecialidades, y en el siglo XIX la práctica médica total se relegó y comenzó una enorme expansión de los conocimientos y de la atención hospitalaria al aparecer nuevos e inevitables problemas. Un gran número de enfermos ya no mueren en sus hogares, sino en los hospitales, incluso en las salas de terapia intensiva e intermedia, y no pocos de ellos sometidos a lo que hoy se llama “ensañamiento terapéutico”; la medicina moderna ha vuelto a la polifarmacia, pues hoy un hospitalizado recibe a veces media docena de fármacos al mismo tiempo; numerosas técnicas diagnósticas implican grandes riesgos, incluso mortales². Queremos precisar la necesidad de un cambio de paradigma: del biologicista al biopsicosocial, y se fundamenta en que las formas de movimiento social son variadas y específicas; entre estas, pueden señalarse las correspondientes al desarrollo del individuo, la familia, la colectividad social, la lucha de clases, el desarrollo de las instituciones de la sociedad en su conjunto y la evolución histórica de las formaciones económico-sociales³.

El profesor Resik Habib² plantea que, además de los aspectos biológicos del proceso evolutivo del hombre, se debe considerar la vertiente social del mismo. El hombre es un ser biológico, y por tal condición no escapa a las leyes generales de la evolución de la materia viva, pero a la vez es un ser social y sus atributos humanos los ha alcanzado no solo en función de una evolución biológica, sino también y, esencialmente, de su integración social; ambas se integraron en una unidad cualitativa superior que es el hombre. Esta unidad es indivisible; cualquier división que de esta se haga es solo didáctica. El hombre constituye una unidad biosocial no lograda por ningún otro elemento vivo de la naturaleza.

Ciertos atributos de este solo pudieron alcanzarse por medio de la vida social. El lenguaje, por ejemplo, surge como una necesidad producto del trabajo y la vida en sociedad⁴.

La diferencia biológica entre el hombre actual y el de las culturas más primitivas es pequeña, pero la diferencia social y cultural entre ellos es enorme. Una importante faceta del desarrollo social del hombre ha sido la medicina, y en especial la Salud Pública, que ha brindado una interpretación más racional y científica del proceso salud-enfermedad; para ello resulta fundamental la comprensión de este complejo de interrelaciones del hombre con el ambiente, concebidos estos en su real dimensión biosocial².

En 1960, Mac Mahan fue de los primeros en plantear que la enfermedad no es producida por un factor único, sino que existe siempre una secuencia de factores prepatológicos del individuo y del ambiente que la desencadenan. En realidad, comienza mucho antes de que aparezcan los síntomas.

En 1964, Morris propuso un modelo en el que incorporó tres grupos de factores causales interactuantes: los externos ambientales (físicos y sociales), los que corresponden al huésped (genéticos y adquiridos) y los derivados de la conducta personal³.

En 1974 Marc Lalonde, entonces ministro de salud pública de Canadá, publicó su documento "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses", en el que expuso un modelo denominado "campo de salud", el cual tuvo una rápida y generalizada aceptación internacional. En este modelo se atribuyen las causales del proceso salud - enfermedad a cuatro grandes determinantes:

1. Estilos de vida: Constituyen la suma de decisiones conductuales individuales que puedan afectar la salud, sobre las cuales la persona puede ejercer algún control.
2. Medio ambiente: Incluye los factores del entorno relacionados con la salud que se encuentran fuera del cuerpo humano, sobre los cuales el individuo tiene poco control.
3. La organización de la salud pública: Consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones de personas, así como los recursos disponibles para la prestación de la atención a la salud, en determinadas condiciones sociohistóricas.
4. Biología humana: Comprende todos los aspectos de la salud, tanto física como mental, que se desarrolla en el cuerpo humano, como consecuencia biológica fundamental y de la constitución orgánica del individuo.

Algunos estudios realizados sobre la base de este modelo y sus aplicaciones resultan elocuentes: Alan Dever aplicó estas cuatro determinantes para analizar las tres primeras causas de muerte en Georgia, EE. UU., tomando en cuenta las estadísticas de 1973; según su estudio, se le asignaba un peso porcentual del 43 % al estilo de vida como causa fundamental en ese conjunto de muertes³.

Asa Cristina Laurull, de México, ha señalado que la naturaleza social de las enfermedades no se verifica en el caso clínico, sino en las formas de enfermar y morir los "grupos humanos", que están en relación con sus características sociales fundamentales y el conjunto de relaciones que se establecen a lo largo del tiempo entre sí, para asegurar las formas de apropiación y transformación de la naturaleza y por las formas de reproducción social que los caracterizan.

Para la autora, el proceso salud-enfermedad no solo está socialmente determinado, sino que tiene carácter social en sí mismo; esto equivale a reconocer que los procesos biosociales no son históricos, inmutables, sino que adoptan formas históricas específicas que caracterizan a los distintos grupos sociales, por su inserción específica en los procesos sociales críticos⁴.

Castellanos ha planteado la problemática de salud-enfermedad como expresión de las condiciones de vida de los diferentes grupos poblacionales, articuladas estas con los procesos sociales más generales. Los problemas de salud-enfermedad pueden ser abordados y explicados a diferentes

niveles (singulares, particulares, generales y respuesta social).

En España, en 1984, el Real Decreto 137 sobre estructuras básicas de salud en la Ley General de Sanidad, define que: La zona básica de salud es la unidad geográfica base en la atención primaria. El equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que efectúan su actividad sobre la zona de salud, y el centro de salud es el lugar físico de reunión del equipo de atención primaria y centro de la zona de atención”.

La Dirección de la Atención Primaria del Ministerio de Salud Pública de Cuba, en la Carpeta Metodológica de Enero de 1996, enuncia la atención primaria de salud (APS) para su programación de trabajo como: “La asistencia ambulatoria basada en métodos, tecnologías, prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, puestos al alcance de la comunidad con énfasis en el individuo, la familia y el ambiente”.

La APS debe lograr la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales a un costo sostenible, con un sentido de autorresponsabilidad y autodeterminación; de hecho, los componentes de la medicina familiar son: primer contacto, responsabilidad, atención integral, comunidad y coordinación.

Así, el médico emerge como prestador de servicios centrados en la salud del individuo, las familias y la comunidad; predomina la intervención sociopsicológica, tendencia a la satisfacción integral del paciente, entrenamiento en el hogar, pesquisaje activo con la participación del individuo, la familia y la comunidad. Como comunicador, propicia la máxima participación individual y social, la relación médico-paciente trasciende la relación individual y se abre al equipo médico y a la familia, con lo que se alcanza la mayor influencia del médico sobre conductas y estilos de vida, y sobre el modo individual de enfrentamiento a la enfermedad; el médico funciona como coordinador y responsable integral. Es dinamizador de las acciones de la comunidad en beneficio de la salud individual y colectiva⁶.

El modo y estilo de vida son categorías que expresan formas particulares del quehacer humano, y de organización social que determinan el estado de salud y que se interrelacionan con mutuas influencias.

Para Castellanos es: “El resultado de las dinámicas de las condiciones particulares de vida de un grupo de población, su articulación con el proceso general reproductivo de la sociedad y las acciones de la respuesta social ante los procesos conflictivos que se producen, un balance que se expresa en problemas de salud y bienestar o ausencia de ellos”⁷.

La familia es considerada por la Organización Mundial de la Salud como el primer agente intermedio entre el individuo y la sociedad y la primera unidad de intervención preventiva y terapéutica.

Por ello, el cambio de paradigma hacia lo biosocial es una necesidad de nuestro sistema social.

Referencias bibliográficas

1. Moreno Rodríguez MA. Del humanismo en la medicina. En: El método clínico. La Habana: Imprenta de la FAR;1998. p. 62-5.
2. Resik Habib P. El hombre en su contexto ecológico. En: La causalidad en epidemiología. La Habana: Científico Técnica; 2003. p. 15-43.
3. Resik Habib P. Evolución histórica de la interpretación causal del proceso salud enfermedad. En: La causalidad en epidemiología. La Habana: Científico Técnica; 2003. p. 61-3.
4. Asa Cristina L. Debates en medicina social. Serie desarrollo de los recursos humanos. Planes Org Panam Salud. 1991;(20):1-2.
5. Castellanos PL. Sobre el concepto salud enfermedad. Descripción explicación de la situación de salud. Bol Epidemiol Org Panam Salud. 1990;10(4):2-4.
6. Lemus Lago ER, Borroto Cruz R. Atención primaria de salud, medicina familiar y médico de familia. En: Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral vol I. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 7-22.
7. De la Llera Suárez E. Modo y estilo de vida. En: Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral vol I. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 39-40.