



Artículo Especial

Abordaje integral del proceso salud enfermedad atención

Ciuffolini, María B.; Jure, Humberto

RESUMEN

El presente artículo tiene por propósito analizar desde la perspectiva de la medicina familiar la necesidad de repensar nuestra práctica y reelaborar los tradicionales modelos de abordaje del proceso salud enfermedad atención, en función de las limitaciones evidenciadas por el modelo biomédico.

Palabras claves: Medicina Familiar- Abordaje Integral- Dolencia y enfermedad

Summary

The purpose of this article is analyzed from the perspective of family medicine practice need to rethink and rework our traditional models of health care approach to the disease, according to the process limitations evidenced by the biomedical model.

Keywords : Familiar Medicine Approach Integral- sickness and disease

INTRODUCCION

Realizar un abordaje integral del Proceso Salud Enfermedad Atención, requiere repensar nuestra propia práctica, y comprender que este “modo de hacer” se sustenta en una determinada conceptualización de la salud y su cuidado, en cierta noción de la persona, su entorno familiar y comunitario y en determinada forma de construcción de los saberes y las prácticas de los equipos de salud.

Debemos partir entonces del concepto de enfermedad como un proceso que no resulta de la acción externa de un agente ambiental agresivo, ni de la reacción internalizada de un huésped susceptible, sino de un proceso totalizador de efectos patológicos ⁽¹⁾ y comprender a la salud como un continuo en permanente tensión y conflicto en la búsqueda de una mejor calidad de vida. Este proceso está condicionado por las potencialidades, capacidades y limitaciones que las personas, las familias y las comunidades evidencian en el manejo de los recursos disponibles ⁽²⁾ Entonces será necesario en su abordaje “**distinguir sin desarticular y asociar sin reducir**” ⁽³⁾.

Hacer comprensible esta complejidad requiere **dispositivos de abordaje** que pongan en evidencia la relación entre los procesos generales de la sociedad, los diferentes modos de vida de los grupos y los particulares estilos de vida de las personas y su manifestación en ciertas expresiones de salud y enfermedad. Conforme a ello es necesario ampliar la capacidad comprensiva del método clínico, mediante la incorporación de elementos que faciliten el **análisis contextual** y la incorporación de la **subjetividad** de las personas y su significancia e implicancias en el proceso salud enfermedad atención.



Abordaje del proceso salud enfermedad en la dimensión personal

En la antigua Grecia existieron diferentes Escuelas Médicas, entre ellas, las más famosas fueron las de Cos y Cnidos a las cuales se les atribuye la mayoría de los tratados del “Corpus Hipocraticum” sin embargo, existían diferencias entre ellas. Esta discrepancia en la interpretación del concepto “salud- enfermedad” establece una tensión que se ha mantenido durante siglos. La escuela de Cos ponía énfasis en lo general sobre lo particular mientras que la de Cnido enfocaba la atención predominantemente en lo particular. La escuela de Cnido inicia una corriente médica que presta mayor atención al trastorno o enfermedad “local” que al estado general de los pacientes, concepción que se mantendrá luego con Galeno y hasta nuestros días. Este método clínico que reconoce sus orígenes en la Escuela de Cnidos de la Grecia Clásica, se fue nutriendo a la largo de los siglos, estructurándose finalmente a partir de los avances científicos de los siglos XIX y XX ⁽⁴⁾

Como vemos, el abordaje de la enfermedad en la dimensión propia de la persona, ha sido clásicamente patrimonio de la clínica, es decir del método clínico, entendido éste como un conjunto de conceptos, métodos y acciones prácticas que se aplican al conocimiento y transformación del Proceso Salud Enfermedad Atención en la dimensión individual.

Su objeto de trabajo es por lo tanto, el conjunto de condiciones que se expresan en el individuo como manifestaciones de una compleja serie de determinaciones que operan en los procesos supra-individuales ⁽⁵⁾. Entre las particularidades estructurales de este modelo biomédico dominante, se señala su concepción biologista de orientación curativa e individualista, que instituye una relación médico- paciente asimétrica y que excluye el saber del paciente. Esta concepción se identifica además con la racionalidad científica, la escisión entre teoría y práctica, la medicalización de los problemas y la comprensión de la salud- enfermedad como una mercancía ⁽⁶⁾. Así la clínica se ocupa del estudio minucioso y exhaustivo de procesos individuales de tipo orgánico y psíquico, siendo además sus formas de acción o intervención de carácter singular.

Esta perspectiva, si bien hace aportes significativos en el abordaje de la enfermedad, se traduce en un modelo de atención que considera a la enfermedad como una entidad específica, que se pretende objetivo y desconoce los aspectos subjetivos y contextuales del proceso salud-enfermedad- atención. Este modelo comienza a mostrar sus inconsistencias entre las décadas del 50 y 70 y sus principales deficiencias han sido señaladas por G. Canguilhem, M. Foucault, F. Basaglia y E. Menendez entre otros.

Surgen también paralelamente diversos aportes destinados a reformular y ampliar la clínica, entre los que podemos señalar las contribuciones de G Engels, M Balint, Tournier, Levestain y la escuela canadiense del “Centro para los estudios en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Western Ontario, la cual estructura un modelo clínico alternativo, el Proceso Clínico Centrado en el Persona (PCCP) propiciado por Ian Mc Whinney ⁽⁷⁾. La propuesta pretende mediante la incorporación de diferentes componentes ampliar la capacidad comprensiva del método clínico, propiciando el análisis contextual y la incorporación de la subjetividad del paciente y del médico y su significancia e implicancias en el proceso salud enfermedad atención.



Este abandono de la concepción de método, en función de la noción de “proceso” y el corrimiento del objeto de cuidado, desde el individuo hacia la persona en su contexto, constituyen sin dudas el punto de ruptura con el paradigma dominante, abriendo la posibilidad de construcción de un modelo de abordaje de mayor fuerza explicativa. Reconocer como **sujeto de cuidado a la persona en su contexto socio-familiar**, desplazando y ampliando la mirada desde el órgano enfermo a la persona en su contexto.

De esta forma si la enfermedad se coloca entre **paréntesis**, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, clínica y aparece en escena la persona como sujeto concreto, social y subjetivamente constituido ⁽⁸⁾. Así es como esta “clínica centrada en el sujeto” pretende superar la **tendencia ontologizante** clásica de la medicina, mediante la cual la identidad, la historia y el sentir de las personas queda subsumido y desdibujado bajo un rótulo impersonal, que le otorga una nueva identidad, una especie de segunda piel que lo redefine (el hipertenso, la vesícula de la cama 7, el esquizofrénico, el canceroso).

Enfermedad y Dolencia

El concepto de **enfermedad** hace referencia a un modelo explicativo de un problema de salud, que explicita una alteración orgánica o funcional el cual se explora mediante la clásica secuencia del método. Estos patrones teóricos, estas regularidades son los que habilitan a los profesionales de la salud a intervenir en situaciones concretas. Sin embargo estas regularidades nunca se repiten de manera exactamente igual ya que se inscriben en las particulares condiciones de una persona que tiene un nombre, un rostro y una singular historia de vida y para el cual su padecer tiene un significado y un alcance particular.

Entonces justo en ese punto el método clínico muestra su insuficiencia y es necesario en principio mirar la otra cara de esa misma moneda es de decir **la dolencia**, entendida como el modo en que cada persona percibe y vivencia un problema de salud.

Dolencia es la experiencia que cada persona experimenta al enfermar o sentirse mal. Así la dolencia constituye la dimensión subjetiva mediante la cual cada persona le asigna un valor simbólico a cada uno de los elementos y fenómenos que constituyen y acontecen en su espacio vital (representación social). Esta subjetividad se expresa entonces en las emociones, en los sentidos y significados que los sujetos le otorgan al mundo que los rodea en un determinado contexto socio histórico.

El modo en que cada persona percibe y vivencia un problema de salud, aspecto habitualmente poco valorado por la clínica tradicional, no constituye una mera cuestión anecdótica, sino que constituye un aspecto de significativa relevancia en el modo de resolución y sus implicancias personales y familiares, como así también en el tipo de demanda y utilización de los servicios de salud.

Valoración de Dolencia y Enfermedad

La enfermedad se aborda conforme a que establece el método clínico tradicional, es decir a partir de una serie de indicios (datos clínicos y contextuales de la anamnesis), se elaboran diversas hipótesis, que luego que confirman o rectifican conforme a los datos del examen físico y prácticas complementarias y de acuerdo a ello se definen situaciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento.



La exploración de la dolencia requiere investigar las “**dimensiones de la dolencia**”:

1. Conocer la percepción de la persona acerca del origen de su problema, indagando como lo define, a que lo atribuye o relaciona, cuales son las causas.
2. Conocer cuáles son los sentimientos de la persona en torno a determinado problema, cuáles son sus preocupaciones y temores al respecto.
3. Conocer cómo impacta determinado problema de salud, que significancia tiene en la vida cotidiana, en el ámbito laboral, familiar, etc.
4. Conocer las expectativas sobre el proceso de atención.

El otro aspecto a considerar en la exploración de la dolencia son sus “**estadios**”:

1. No dolencia: persona asintomática a quien se le diagnostica en el contexto de otro motivo de consulta por ejemplo hipertensión arterial o diabetes.
2. Ambivalencia: la persona quiere saber y a la vez no quiere admitir que algo tal vez esté mal, surgen entonces sentimientos de miedo, temor, bronca, frustración, etc.
3. Desorganización: no puede asumir la organización de su proceso de cuidado, apareciendo entonces actitudes de rebeldía o marcada dependencia.
4. Reorganización: la persona puede valorar y poner en juego sus recursos personales, redes y activos sociales, la dolencia adquiere otra dimensión y en su proceso de cuidado se desarrolla en forma más armoniosa.

Luego de valorar la dolencia, es necesario considerar que ciertas condiciones de salud y enfermedad se desarrollan en un determinado marco contextual resultante de una dinámica de la vida cotidiana y que éstas impactan no solo en la persona sino también en su núcleo vital más próximo. Debemos conocer entonces cuales son las características, los capitales y activos sociales con que cuenta esa familia para hacer frente determinadas circunstancias; es decir ampliar la perspectiva para poder contextualizar procurando dar cuenta de la condición social e histórica de los procesos biológicos.

Valoración del ámbito familiar

Una primera aproximación se logra mediante el uso de las **clásicas herramientas de corte sistémico**. La identificación de la **estructura familiar y el ciclo vital familiar**, posibilitan una caracterización inicial estructural y funcional de la familia.

Reconocer **Acontecimientos Vitales Estresantes**, es decir acontecimientos percibidos como negativos, que acompañan siempre un cambio vital y pueden afectar la salud del individuo, agravar o provocar problemas crónicos, disfunciones familiares, etc. ⁽⁹⁾

La valoración de las **Crisis Familiares**, entendiendo que el vocablo crisis no implica la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad de crecer, superar la contradicción con la consiguiente valencia positiva. Las crisis relacionadas con el tránsito por las etapas del ciclo vital, las llamadas normativas, son situaciones que demandan cambios en el sistema, que generalmente significan contradicciones, desacuerdos, separación de viejos modelos de interacción, o asimilación de nuevas formas organizacionales. ⁽¹⁰⁾

Es necesario considerar también los **recursos familiares**, es decir los capitales o activos que la familia puede poner en juego a fin de realizar los reajustes que la nueva situación exige.



Entre los recursos familiares más importantes se encuentra: la **cohesión** (nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia), la **flexibilidad** (capacidad de la organización interna de la estructura familiar para permitir adoptar nuevos roles y reglas, que facilita la resolución de los conflictos), la **permeabilidad** (capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas). El **apoyo social** es un recurso que se puede referir al propio sistema cuando es la familia la que actúa como sistema de apoyo, brindando ayuda a todos sus miembros, o cuando la recibe de otras personas, grupos o instituciones.

En una instancia posterior y en búsqueda de un mayor nivel de comprensión, las técnicas de investigación cualitativas de corte biográfico como por ejemplo las **historias de vida**, son de marcada utilidad en tanto permiten acceder al modo en que las personas construyen y dan sentido a diferentes momentos de su vida y también a como estos sujetos crean y reflejan el contexto social en que viven.

Mediante la realización de **historias de vida** procuramos la reconstrucción de los **estilos de vida particulares**:

- **Condiciones grupales de trabajo/ itinerario típico en la jornada de trabajo:** posición en la estructura productiva, condiciones laborales, itinerario típico de la jornada laboral del individuo y su familia
- **Calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo/ patrón personal y familiar de consumo:** construcción de necesidades, patrones de consumo. Alimentación, descanso, vivienda, acceso y calidad de servicios, recreación (lugar de compra de alimentos, tipo de alimentos, tipo de vivienda, situación dominial, número de habitaciones, cantidad de personas por habitación, tipo de calles de acceso, provisión de servicios públicos, posesión de electrodomésticos, medios de transporte, acceso a servicios de educación, de salud.
 - **Capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad/ concepciones y valores personales:** medios concretos para producir y transmitir valores de identidad (clase para sí), conciencia de clase, de etnia, de género, de condiciones y valores familiares, participación ciudadana.
 - **Capacidad objetiva del grupo para empoderamiento, organización y soporte en beneficio del grupo/ Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud** (participación en cooperadoras, cooperativas, centros vecinales, etc)
 - **Calidad de las relaciones ecológicas del grupo/ Itinerario ecológico personal:** concepción de la relación sujeto- naturaleza, separación o unidad en la relación sujeto- naturaleza, visión de la importancia de la relación sujeto- naturaleza, conciencia antropo, bio, o sociobiocéntrica. ⁽⁵⁾

Valoración Integral Intersubjetiva

Sustentado en la concepción de persona como sujeto de derecho con carácter de actor social activo y marcado protagonismo en las acciones de cuidado o recuperación de su salud, hacia el final de la consulta o de una intervención familiar, debemos generar un espacio de consenso entre la persona, su familia y el quipo de salud en el que se acuerden los siguientes aspectos del proceso de cuidado:



1-Definir los procesos deteriorantes (el o los problemas de salud, lo que implica la identificación, definición y priorización conjunta de los mismos. Identificar causas, significancia y efecto desorganizador).

2- Definir los procesos protectores (activos sociales, capitales).

3-Definir cursos de acción: (acciones asistenciales, preventivas y de promoción individuales y colectivas) modalidad, opciones, plazos, condiciones, riesgos, beneficios y metas del abordaje de cada uno de los problemas, brindando a la persona y a la familia herramientas suficientes para asumir decisiones libres, autónomas y conscientes.

4-Definir y establecer los roles del equipo de salud, la persona y su familia en el proceso de cuidado.

Esta instancia procura ayudar a la familia a recuperar la sensación de control, disminuyendo las sensaciones de impotencia, y las creencias de la carencia de habilidades para resolver los problemas.

CONCLUSIONES:

La salud no comienza y se reproduce, única y esencialmente en las personas sino en la sociedad, y sólo parte de sus elementos se muestran y realizan como efectos en los individuos⁽¹¹⁾. La clínica tradicional debe comprender que se empobrece toda vez que ignora estas interrelaciones, perdiendo, inclusive la capacidad de resolver problemas estrictamente clínicos⁽⁸⁾. Desandar el camino desde ciertas expresiones singulares del proceso salud enfermedad atención, situando los fenómenos en su contexto permite visibilizar el sinnúmero de variables que lo atraviesan y determinan. La relevancia de ejercicio de deconstrucción radica no solo en hacer posible la comprensión de la génesis de determinados procesos, sino que básicamente facilita la identificación de otros componentes y otros actores para así poder pensar de manera colectiva estrategias de resolución de los problemas de salud más amplias e integrales.

Bibliografía

1. Almeida –Filho Naomar. La Ciencia Tímida, Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires. Editorial Lugar. 2000
2. Rojas MC, Ciuffolini MB, Meichtry N, “La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar” Archivos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. Vol. 7 N 1 Enero- Abril 2005, pp 27-30
3. Morin, Edgar . Introducción al pensamiento Complejo. Editorial Gedisa: Barcelona.2005
4. Breilh Jaime. Las tres S de la Determinación de la Vida en Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Roberto Passos Nogueira, Organizador. Cebes. Río de Janeiro 2010.
5. Ciuffolini MB, Jure H. “Estrategias de comprensión integral del proceso salud- enfermedad: aportes desde la perspectiva de la vivienda saludable”. Astrolabio. Centro de Estudios Avanzados. UNC. Nº 3. Noviembre 2006.
6. Menendez Eduardo. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. Salud Colectiva. Spinelli Hugo, Compilador. Buenos Aires: Editorial Lugar. 11-47.2005
7. Saez Mirta. Proceso Clínico Centrado en la Persona. Archivos de Medicina Familiar y General. Volumen 5 Número 1. Pag. 2-11. 2008
8. Sousa Campos Gastao. Gestión en Salud en Defensa de la Vida. Buenos Aires: Editorial Lugar. 2001
9. Ciuffolini B, Jure H, Didoni M. Cuadernos de Medicina Familiar. Aportes para un enfoque integral en salud. SIMA Editora. Córdoba, 2014.
10. Gonzalez Benitez I. Las Crisis Familiares. Rev Cubana Med Gen Integral 2000; 16 (3): 280-6.
11. Breilh, Jaime . Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Editorial Lugar. 2003



12. Kuhn T.S. La estructura de las revoluciones científicas. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 1988
13. Mc Whinney Ian . Medicina de Familia. Madrid: Ed. Doyma.1995

Datos de Autor

Artículo Original:

ABORDAJE INTEGRAL DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN

Autores:

- Prof. Mg. María Beatriz Ciuffolini- Prof. a Cargo del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC
- Prof. Mg. Humberto Jure – Prof. Titular del Departamento de Medicina Familiar Facultad de Medicina de la UNNE