This page was exported from - DocTutor
Export date: Mon May 20 8:57:03 2024 / +0200 GMT

¿Qué tipo de médico quiero ser?: Reflexiones de un R 34.

Jose Ignacio Torres Jiménez. Médico de Familia. Centro de Salud Montesa (Madrid); Grupo comunicación y salud

Resumen: El autor, un médico de familia con años de experiencia clínica y docente ofrece en este artículo su visión sobre los aspectos nucleares de su trabajo como tal. En un decálogo dibuja con argumentos sacados de la experiencia, la evidencia y la poesía el perfil profesional que a su juicio hacen de la medicina de familia y del médico una profesión gratificante y digna de ser ejercida.
What kind of doctor do I want to be?: Reflections of a 34 years old trainee
Abstract: The author, a family doctor with years of clinical and teaching experience, offers in this article his vision on the core features of his work as a physician. In a decalogue he draws with arguments taken from experience, evidence and poetry the professional profile that in his opinion make family medicine and the doctor a rewarding and worthy profession to be practised.

La poesía es hoy el álgebra superior de las metáforas.
José Ortega y Gasset.

Hace unos días me llamó Pedro, un joven que comienza su primer año de residencia en Medicina de Familia y tuvimos una profunda conversación sobre el tipo de médico que desearía ser. Hablamos de la importancia del conocimiento, la técnica y las habilidades profesionales y nuestra complicidad hizo innecesario la reflexión sobre la escucha, la empatía y la compasión.
Me preguntó cómo comenzar su andadura y que tipo de tutor elegir. Quizás un tutor de prestigio, líder de opinión que acudía a congresos frecuentemente y publicaba pero que no miraba ni escuchaba a los pacientes, u otro con capacidad de escucha que compartía emociones y preocupaciones con los pacientes pero que parecía prestar poca importancia a los aspectos científicos y técnicos. Y coincidimos en que cada profesional tiene un estilo propio de consulta, de modo que siempre las consultas y el modo de trabajo serán diferentes. Así que de todos podemos aprender.

Me pareció una reflexión madura no habitual entre los residentes más preocupados de aspectos técnicos y logísticos y recordé que un año antes habíamos compartido un mes en mi consulta del Centro de Salud que según su familia había sido crucial para su vocación, aspecto que él me había confirmado.

En estos momentos de prisa en que es difícil que los profesionales sanitarios, y aún más los jóvenes que comienzan su formación, demos importancia a la formación médica por el ejemplo y los valores. La relación que hemos establecido ambos no deja de ser un estímulo para un modesto médico de familia como yo.
Y lo cierto, es que los meses compartidos con varios estudiantes de sexto de medicina en mi consulta me han servido para reforzar mi compromiso con la escucha y la compasión. Y el regalo de enseñar y aprender.
Quisiera reflexionar sobre algunos de los aspectos que aquel día compartimos Pedro y yo de modo que entendamos que la edad y la experiencia no son los únicos factores que considerar a la hora de ejercer una profesión que no puede ser otra cosa que vocacional y

de ayuda. Y estos aspectos se conocen como compromisos.
Los 10 compromisos que definen el tipo de médico que deseo ser son:

- Mi compromiso ético.
- Mi compromiso con el paciente mediante la escucha activa.
- Mi compromiso con la belleza y la práctica de una medicina armónica.
- Mi compromiso con la práctica de una medicina segura.
- Mi compromiso con la práctica de una medicina mínimamente impertinente.
- Mi compromiso con la práctica de una medicina personalizada.
- Mi compromiso con la práctica de una medicina basada en la efectividad.
- Mi compromiso con una medicina basada en la humildad.
- Mi compromiso con una medicina basada en la atención plena.
- Mi compromiso con una medicina holística y de futuro: La medicina integrativa.

Lo primero, la bondad;
Lo segundo, el talento.
Y aquí termina el cuento
Gloria Fuertes

1- Mi compromiso ético: Misión, visión y valores
Siempre he creído que era muy difícil, si no imposible, ser buen médico sin ser previamente buena persona. Los maestros antiguos y contemporáneos nos lo enseñan cada día, y es una convicción que parece ser compartida por muchos de mis colegas1.
Complicado debe ser realizar cualquier tarea si no se tiene una idea precisa de la misión y visión de la empresa que realizamos y cuáles son sus principales objetivos.
Sassall nunca separa una enfermedad de la personalidad general del paciente que la sufre; en ese sentido es lo opuesto a un especialista.
John Berger
En 1984 elegía la especialidad más hermosa, Medicina de Familia. Quería ser **especialista en personas**. Y la defendí con la convicción de que era la reforma más importante de nuestro Sistema Público de Salud.
Entonces, el médico de familia no era nadie. Nadie para los políticos, los gestores ni los propios médicos del hospital.
Tuvimos que empezar de cero a ser alguien. Alguien con nuestro trabajo diario, con nuestro compromiso con la asistencia, la investigación y la docencia.
Por eso recuerdo con gratitud la respuesta de mis pacientes y del Jefe de Servicio de Neumología del Hospital que me envió una carta de felicitación por haber diagnosticado a un paciente de fibrosis pulmonar. Son gestos de afecto que no se olvidan.
Parecía que ya éramos alguien. Y durante más de 30 años, he sentido serlo para mis pacientes, mis compañeros y gestores de la salud.
Pero ahora, cuando he dejado de ser joven en edad, por el hecho de ser además de médico de familia, homeópata vuelvo a ser nadie. Un nuevo reto para demostrar la utilidad de mi trabajo.
Nadie salvo para mis pacientes, mis alumnos y mis compañeros. **Nadie salvo para mi misión, mi visión, mi compromiso ético**.

Podríamos pensar, que en un mundo de prisa y materialidad como el nuestro nos centramos en el día a día y en tareas exclusivamente técnicas sin pensar en más allá. A menudo llegamos a nuevos puestos de trabajo y la única información que recibimos es organizativa y técnica.
Mi misión es la asistencia clínica y humana buscando la excelencia técnica, científica y comunicacional a todas las personas que acuden a mi consulta o solicitan mi atención en sus domicilios de modo cooperativo con el resto de los profesionales del Equipo de Atención Primaria.

Mi visión es conseguir un trabajo clínico, docente e investigador con compromiso de búsqueda de la excelencia centrado en la

promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la atención a los enfermos desde una perspectiva humanística empleando todos los recursos disponibles con la mayor seguridad, eficiencia, armonía y consenso con los pacientes.

Mis valores, como médico de familia2 se centran en **5 compromisos**: con las personas, con la sociedad en general, con la mejora continua de su trabajo, con la propia especialidad y con la ética.

Estos compromisos en la relación con los pacientes (mi principal objetivo), con la sociedad en general, con la empresa sanitaria para la que trabajo y con la industria farmacéutica deben estar basados fundamentalmente en el r**espeto a la autonomía del paciente centrados en el nuevo paradigma profesional**3 cuya respuesta es a dos niveles: público o de la ética de mínimos regido por los principios de no maleficencia y justicia y privado o de la ética de máximos regido por los principios morales de autonomía y beneficencia.

La búsqueda de la mejor opción para cada paciente concreto en cada consulta considerando y compartiendo su opinión debería ser el objetivo diario en nuestro compromiso ético. Personalmente, no puedo entender cada encuentro clínico sin solicitar al paciente sus temores y expectativas y compartir las decisiones adaptándome a sus características socioculturales.
Y comparto con el maestro Diego Gracia que la bioética tiene que ayudar a los profesionales sanitarios a **reflexionar sobre los fines de su actividad**. En una sociedad liberal los desacuerdos deben resolverse mediante la deliberación. Los desacuerdos con los pacientes, con nuestra empresa, con los compañeros y los agentes sociales deben siempre resolverse de forma deliberativa y colaborativa considerando que hay un objetivo prioritario: la salud de la población y de cada paciente individual.
La práctica de la medicina es intrínsecamente un acto ético. **La medicina sin compromiso no es medicina.**
Gracias por el tiempo compartido, por lo aprendido, y sobre todo por recordarme cada día que trabajamos con personas.
Esther, estudiante de medicina

2- Medicina centrada en las personas: Mi objetivo diario es la escucha.
Descubrir a Carl Rogers4 y Michael Balint5 a finales de los años 80 cuando terminaba mi periodo de residencia me hizo comprender el tipo de médico que en un futuro quería ser.
Y gracias a F. Borrell6 y al Grupo Comunicación y Salud de semFYC7 aprendí el **método clínico centrado en el paciente.**
Cada encuentro clínico es un **encuentro sagrado**8 de **dos expertos**: el médico experto de la salud y la enfermedad y el paciente experto de su vida y su salud.

Comparto que los objetivos de este encuentro clínico9 deben ser:

Construir una relación de entendimiento centrada en el paciente basada en la confianza, la armonía y la simpatía.
Abrir la conversación hablando con tono y volumen naturales y a un ritmo regular que no denote prisa.
Recopilación de información mediante escucha activa y comunicación no verbal.
Comprender la perspectiva del paciente.
Compartir información completa repitiendo la relevante y obviando la irrelevante.
Llegar a acuerdos sobre los problemas y el plan de acción evitando una actitud defensiva o distante.
Cerrar la conversación asegurándonos que todas las dudas, preguntas y necesidades han sido abordadas y hacer un resumen del encuentro.

El método clínico centrado en el paciente5 considera que el sufrimiento se da en la dimensión subjetiva del enfermo. El clínico debe explorar y atender en ese espacio a la persona. Si el profesional se mueve por el mapa de la enfermedad no podrá compartir ni ayudar a resolver las tensiones y los conflictos del ámbito subjetivo, donde realmente se dan los problemas.
Y es aquí, donde la lectura sosegada, la música callada y la presencia en cada encuentro se aparecen para poner las palabras apropiadas y regalarnos esos silencios que tanto necesitamos, porque como dice el poeta Luis García Montero ?El que sabe escuchar atiende a las palabras con el gesto, con los ojos, con las manos, con los labios, y convierte su silencio en un acto de respeto y amor, en una forma de cuidar a los otros.?.

El método clínico centrado en el paciente me permite disponer de **un espacio y tiempo de escucha** imprescindible para una

reflexión terapéutica lo más segura y eficaz posible. No puedo pensar en otro modo de trabajar a pesar de la presión, de las prisas y de las exigencias organizativas y de registro. La escucha es mi compromiso. **La medicina sin escucha no es medicina.**
Si tu adulto te enferma, que tu niño lo cure.
Saber vivir con poco es la suma elegancia.
Carlos Marzal

3- La belleza. La práctica de una medicina armónica.
Nos recuerda el maestro Gervás10 que ?la práctica clínica se ha complicado porque el desarrollo científico
y tecnológico permite responder antes y con más potencia a
más variados problemas, y por mayor número de diferentes profesionales de salud. A esta mayor capacidad de resolución de problemas corresponde una mayor capacidad de complicaciones, de errores y de daños. Por ello se precisa una medicina armónica, del profesional y de la profesión que combine pruebas, modestia y afectividad?.
El objetivo10 es ofrecer ?una atención clínica clemente (moderada), segura (decente, con prevención cuaternaria17) y sensata (sentido común).
Una medicina centrada en el arte de la improvisación11, las metáforas12, el conocimiento literario13, la música14 que permita una comprensión profunda de cada naturaleza humana, sus valores, prioridades, y forma de vivir para conseguir que **en la consulta se produzcan el milagro de la comunicación profunda**, de la sorpresa, la perplejidad15, el humor como valor terapeutico16 y el regalo de compartir.
Es el tipo de medicina que deseo practicar. La medicina que representa el ser y estar con y por y para el paciente para mí. Porque **estar en la misma sintonía con el paciente** es el único modo de comprender y ayudar. No hay terapia sin silencio, sin palabras y sin música callada. **Si la medicina no es arte, no es belleza, no me la creo**. Hay tanta fealdad a nuestro alrededor y en el entorno de los pacientes que precisan de modo imperioso la belleza, la armonía, la risa.
Dondequiera que la gente se sienta segura sentirá indiferencia.
Susan Sontang

4- La práctica de una medicina segura.
Ante todo, no hagas daño es el título del excelente libro de Henry Marsh, una declaración de intenciones18 en un contexto clínico y social en el que emergen cada vez con mayor fuerza la preocupación por la medicalización de la vida, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento posiblemente relacionado con uno de los pecados universales del hombre; la codicia.

Los **efectos secundarios de la asistencia médica y del uso de fármacos**19-21 en los hospitales y en atención primaria, la **prescripción inadecuada**22 especialmente frecuente en pacientes ancianos, el **sobrediagnóstico**23,24 y **sobrecribado**25-27 y las prácticas claramente demostradas inútiles que se siguen llevando a cabo a diario en las consultas, especialmente en las mujeres28 deben ser motivo de reflexión para la práctica de una medicina segura.

Compartir la obligación de desaprender con los estudiantes, los médicos residentes, los compañeros profesionales y los pacientes se ha hecho una necesidad imperiosa en mí.
Es necesario limpiarse a diario de informaciones erróneas, estereotipos y prejuicios que dificultan nuestra hermosa labor. Hay que llegar a la consulta con **mente de principiante**, y en este sentido el **autoconocimiento** es la mejor estrategia. Y el objetivo de contagiar **emociones positivas** a los demás, porque vendrán a verme con angustia, depresión, ansiedad, dolor, miedo, soledad, incomprensión. Y una mirada, una sonrisa y palabras cálidas y sinceras son a menudo lo mejor que podemos ofertar.

Por eso, todos los días **desprescribo fármacos**29-32 potencialmente inapropiados en pacientes ancianos (Benzodiacepinas, AINEs, doxazosina) siguiendo los criterios STOPP- START y las recomendaciones no hacer33,34 (estatinas en prevención primaria en mayores de 75 años, IBP sin indicación35) en la mayoría de las ocasiones con satisfacción de los pacientes, después de la información necesaria y tras acuerdo mutuo.
Actualmente, siento que es una de las tareas más prioritarias que un médico de familia debe llevar a cabo, máxime si tenemos en cuenta lo difícil que es dar la espalda a los poderes que influyen en todas las decisiones incluida las individuales en la consulta.

Nuestra libertad de prescripción que debemos defender a toda costa queda limitada por decisiones de políticos, medios de

comunicación y el poder del dinero.
Las personas que acuden a pedirnos opinión y ayuda no son impermeables a los anuncios, las noticias de radio, prensa y televisión y las decisiones de la industria, las organizaciones profesionales y de los políticos que pueden condicionar limitaciones para el acceso a mejores recursos o el abuso de pruebas preventivas, diagnósticas y tratamientos que a pesar de figurar en documentos clínicos como las guías de práctica clínica no hayan mostrado su eficacia o seguridad.

La práctica de una medicina segura, intentando evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento36 mediante el análisis riguroso compartido con el paciente sobre las **decisiones en la consulta en un contexto real de incertidumbre**37 también compartida, en el que sea aceptable la espera expectante, el empleo de los tratamientos no medicamentosos siempre que sea posible y el uso de fármacos con el mejor perfil de seguridad basado en un **uso racional del medicamento**38,39 es para mí una máxima a conseguir cada día. Para ello, son imprescindibles elementos actitudinales y tiempo compartido. **La medicina sino busca la seguridad ante todo, no debería llamarse medicina.**

Quisiera ser un médico con las 6 H-alma40: honestidad, humanidad, humildad, habilidad, humor y heroísmo. Aspiro a tener un hueco en el corazón de mis pacientes, a dejar una pequeña huella de amor, interés y acompañamiento y no olvidar que **en cada consulta el único momento es el ahora.**
Las opciones la abrumaron. Todas ellas sonaban aterradoras. No sabía qué hacer. Me di cuenta, con vergüenza, que había vuelto a ser el Doctor Informativo-he aquí los datos y las cifras; ¿ qué quiere usted hacer? Así pues, volví a empezar y le formulé las mismas preguntas que le había hecho a mi padre ¿cuáles eran sus mayores miedos y preocupaciones? ¿ qué era lo más importante para ella? ¿ qué sacrificios estaba dispuesta a hacer y cuáles no ?
Atul Gawannde

5- Medicina mímimante impertinente: Lo que cada paciente puede hacer.
Quiero citarle para explorarle de nuevo y controlar su presión arterial. Me enseña un recuadro con todas las consultas de especialistas y pruebas en los próximos días. Pienso.
Es joven y su hemoglobina glicosilada está muy elevada. Me explica que trabaja de noche y que sus horarios de comida, ejercicio y medicación son diferentes. Solicito su opinión y propuestas para mejorar su salud. Escucho.
No sabe leer y su sordera le hace difícil entender lo que le digo. Me gustaría que su hijo, que vive lejos le acompañase. Espero.
Víctor Montori41 acuñó el término de Minimally Disruptive Medicine42 como modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas.
Comparto su preocupación por la práctica médica industrial actual y la necesidad de una revuelta de los pacientes en busca de una **atención segura y cálida**.
Es mi modo de verme como médico y estos dos aspectos imprescindibles deben buscarse construyendo en sus propias palabras catedrales atemporales de cuidado médico43
Si la medicina es sin el paciente, no es medicina. Las catedrales se construyen para un bien común. No somos arquitectos, sino músicos del alma.
El médico bueno te informa y te comunica, te oye, pero también te escucha, te atiende y te acompaña.
Albert Jovell

6- Medicina basada en la afectividad.
La consulta refleja la vida. Y cada día la vida acude a nuestras consultas.
Ella viene a por el parte de baja y las recetas, pero nada más entrar me confiesa el motivo de la consulta: la necesidad de un abrazo, largo y profundo que le haga sentirse de nuevo madre, hija y poderosa.
Me pide disculpas por mi tiempo cada vez que acude a ser escuchada. Solo conmigo habla de su hijo esquizofrénico recluido en casa y de su esposo violento y con problemas de bebida. Minutos de escucha y de intentar ponerme en su piel. Porque soy lo único que tiene junto con los paseos y la lectura.

Me dice que ha comentado con sus amigas que tiene un médico sabio. Llevamos meses trabajando juntos. Hoy le aconsejo arrancar del diccionario la página donde figura la palabra culpa y arrojarla a la basura. Su autoestima está en juego y los progresos son evidentes.

Después de meses, acepta que su problema no está en el intestino sino en su mente. Agradece mi acompañamiento, respeto y propuestas de tratamiento y decide continuar visitándome, aunque me voy a 45 minutos de metro de su domicilio.
Nunca un médico le había pedido disculpas por el efecto secundario de un tratamiento ni había compartido la decisión de cómo actuar con su problema de diabetes. Nuestro vínculo es fuerte desde entonces.
Se arrepiente de su comportamiento sexual mientras llora y reconoce que no se encuentra en su cuerpo. Me mira y aprieta mi mano mientras le digo convencido que es una persona valiosa y su vida merece la pena.

En la segunda consulta me mira perpleja y me dice que soy muy amable. Me gratifica y sorprende a la vez porque la calidez y amabilidad es una cualidad imprescindible para pasar consulta a diario. Y recuerdo las palabras de Platón ?sé amable, pues cada persona con la que te cruzas está librando su ardua batalla?
Así es, cada uno está en su batalla y comparte sus historias de lucha, sufrimiento y superación. Biografías de sufrimiento y dolor. Dolor de huesos y dolor del alma que no resuelven los analgésicos. Biografías de miedo. Miedo a fracasar, a no aprobar, al despido, a la violencia, a la vejación, a la frustración, a la enfermedad, a la muerte.
Y el médico, en medio de esta vorágine de sentimientos, emociones y síntomas.

¿Cómo puedo ayudar si solo veo y escucho síntomas?
Si no comprendo que la empatía y la compasión son herramientas poderosas para acompañar, aliviar y a veces curar. Quisiera ser ese tipo de médico que **en cada encuentro se sienta al lado de la persona que necesita ayuda**. A veces, sencilla como puede ser la prescripción de un antibiótico por una infección urinaria. Pero a menudo compleja, porque solo hallamos lo que estamos dispuestos a encontrar. Y entrar en los sentimientos de los demás, supone compromiso. Compromiso personal, profesional y ético.
Somos médicos, pero también pacientes44. Y cuándo nos preguntamos entre nosotros por las experiencias personales o familiares con otros médicos a menudo reina un gran silencio.
El encuentro clínico es una relación humana. La medicina debe basarse en pruebas, experiencia, pero también en el afecto45.
La medicina solo puede ser humana. Si no no es medicina.
Ninguna empresa se ha llevado a cabo sin ánimo ni entusiasmo.
Ralph Waldon Emerson

7- Medicina basada en la efectividad.
A menudo en la consulta nos hacemos preguntas clínicas sobre problemas que nos plantean los pacientes desde un punto de vista preventivo, diagnóstico, terapéutico o pronóstico.
En muchas ocasiones no disponemos de una respuesta fiable46,47 e incluso en aquellos casos en los que disponemos de información es difícil aplicarlo a un paciente concreto48 y muchas de las prácticas cotidianas cuando se revisan demuestran estar siendo realizadas de modo incorrecto49,50. Por todo ello, es importante en la toma de decisiones considerar la experiencia del profesional y de los profesionales próximos, la opinión del paciente y de las pruebas disponibles siendo lo más útil posiblemente la práctica de una **evidencia basada en la medicina**51.

La suma de todos estos elementos centrándonos en el paciente y en la consulta nos ayudará en **la toma de decisiones compartidas** en un ambiente como no puede ser de otro modo de incertidumbre. Una incertidumbre que debe ser compartida con el paciente de modo cálido y seguro.

La medicina si no es compartida no es medicina. A diario intento compartir información oral, escrita y en la red con los pacientes, en la búsqueda de la mejor solución para cada momento concreto. Las herramientas de ayuda para la búsqueda de información son imprescindibles, necesarias, pero no suficientes. En un mundo tecnificado y complejo, la mejor medicina sigue siendo el médico. El médico con sus conocimientos, sus habilidades, su experiencia y su capacidad de escucha y de llegar a acuerdos en beneficio del paciente.
El fármaco es una muleta que ayuda a contener los síntomas, pero no cura. Lo que cura es la relación y el afecto. No hay terapia sin simpatía.
Thomas Emmenegger53

8- Medicina descalza.

Aprendemos con el estudio, aprendemos haciendo y aprendemos con el ejemplo. Y en este momento con los ejemplos diarios de los maestros en las redes sociales. Seguir a personas como Salvador Casado o Joan Carles March me hace mejor persona y mejor médico.
Si la práctica de la medicina es un acto sagrado, cada día hay que descalzarse, bañarse de respeto y humildad para poder practicarla, porque **la medicina sin humildad no es medicina** y así lo refleja Salvador en su Diario de un médico descalzo54.

Toda la soberbia y la arrogancia aprendida en la facultad y en el hospital se desvanece al sentir el ejemplo de los otros, mis compañeros homeópatas, mis maestros, mis pacientes. Si olvido la humildad yerro, si aparece el orgullo me confundo, si mi espíritu no se limpia no puedo ayudar.
Estudiar con Abel Novoa55 o con Sergio Minué56, Rafa Bravo57 o Juan Gervás en la red me hace más prudente, más sensato, más paciente. Y estoy seguro de que, si la medicina no se practica con paciencia, no es medicina porque la prisa nunca es buena ni en situaciones de crisis.
El hombre solo se conoce en cuanto conoce el mundo, pues solo tiene constancia del mundo en sí mismo y solo tiene constancia de sí mismo en el mundo.
Goethe

9- Medicina con atención plena limitando el error clínico.
A menudo cometemos errores, y algunos no tienen remedio58. Evitarlos es posible, pero para ello es imprescindible una atención plena en la tarea que estamos realizando. Estar presente significa detenerse brevemente, mirar a los ojos al paciente y preguntar ¿ es esto lo que le preocupa o hay algo más?

La medicina si no se realiza estando en todo momento presente, no es medicina nos diría Ronald Epstein59 y nos recordaría que medicina y meditación vienen de la misma raíz etimológica. En cada momento debemos preguntarnos donde están mis pies, dónde me encuentro.

William Osler decía que nos perdemos más por lo que no vemos que por lo que no sabemos, por ello es imprescindible prestar atención. Atención desde la curiosidad, desde la humildad, desde el respeto, desde la capacidad de aceptar continuamente otras opciones, porque lo opuesto a una profunda verdad puede ser otra profunda verdad.

Y es que a menudo nos escuchamos preguntar al paciente por tercera vez si tiene fiebre, o introducimos la prescripción de un fármaco contraindicado o solicitamos una prueba que habíamos pedido un mes antes. ¿ Qué nos sucede con la prisa ?: que no estamos presentes.
Sabemos que pasamos más tiempo mirando al ordenador que a los pacientes60 y por eso, piensan y a veces incluso dicen: ¡ mírame a los ojos!61
Y yo quisiera ser ese tipo de médico que mira a los ojos.
Hay instantes en los que hemos podido aprender mucho más que en los años enteros.
Fiodor Dostoievski

10- Medicina integrativa: una mirada al futuro.
A nadie se le escapa pensar que conjugar saberes y habilidades puede ser de utilidad para una mejor práctica profesional.
A principios de los noventa era un médico de familia joven con plaza en propiedad en mi centro de salud y líder de opinión en mi ciudad. Impartía docencia para residentes y profesionales habitualmente.
Por eso, mis compañeros y amigos no entendían por qué estaba estudiando homeopatía. Esfuerzo personal, familiar, económico y mucho, mucho estudio.
Las razones para mi eran obvias: curiosidad como valor inculcado por mis maestros, **deseo de conocimiento e insatisfacción con mis resultados** clínicos.
Mi encuentro con la medicina integrativa, con la homeopatía, me proporcionó grandes dosis de **sensatez y humildad y un método**. Un método holístico para atender mejor y de modo más individualizado a mis pacientes.
Seguí estudiando, enseñando, investigando modestamente, aprendiendo día a día y creciendo profesionalmente con la ayuda de los conocimientos adquiridos en la Facultad de Medicina de Valladolid de mis profesores y compañeros homeópatas.

La medicina integrativa es una realidad social, clínica e investigadora en países desarrollados y es para la Organización Mundial de la Salud (OMS) un valor sólido en la asistencia sanitaria del futuro.
La medicina integrativa es una medicina de futuro que ya tiene un presente en universidades de Estados Unidos y en hospitales62 y posee un cuerpo de conocimiento propio63.
Desde hace más de 20 años prescribo medicamentos homeopáticos a mis pacientes con satisfacción por ambas partes y buenos resultados que compruebo en el día a día de la consulta y en los estudios que he realizado64,65 y que me hace mejor médico66 en la asistencia diaria.
La homeopatía es una medicina científica67-69 como demuestran los **más de 6.500 referencias bibliográficas en pubmed, los más de 2000 estudios de laboratorio que confirman los efectos biológicos de los principios activos homeopáticos** en células y tejidos, los ensayos clínicos en revistas específicas y generales de prestigio y los metaanálisis, así como el reconocimiento en Sistemas de Salud Públicos de otros países europeos y de la OMS70.
Renunciar al empleo de medicamentos efectivos y seguros como los homeopáticos en mi práctica sería como renunciar al compromiso, la ética, la escucha, la belleza, la paciencia, la humildad, la presencia, la humanidad, el afecto y la efectividad.
Sería como renunciar a mi preocupación por actualizar mis conocimientos y habilidades2,71 en un contexto de independencia72, a la práctica de una medicina segura73-76 . Renunciar a la armonía, conociendo las limitaciones del conocimiento científico y la necesidad de abandonar lo ineficaz tal y como nos enseña Vinay Prasad77 .
Porque sin duda, la incertidumbre2 es el terreno en el que se mueve el médico de familia.
En toda discusión, no es una tesis lo que se defiende; es a sí mismo.
Paul Valery
No es una cuestión de defensa, ni siquiera de crítica, sino más bien de resistencia. De **una resistencia moral ante la práctica de un tipo de medicina que no siento como propia.**
En estos momentos de crisis de valores y de compromiso hago mías las palabras de Josep María Esquirol en su excelente libro La resistencia íntima78 y me resisto al dominio del egoísmo, a la indiferencia, al imperio de la actualidad y a la ceguera del destino, a la retórica sin palabra, al absurdo, al mal y a la injusticia.
Resistencias necesarias para un médico, para un profesional vocacional que persigue situarse al lado siempre del que lo precisa; el débil, el enfermo, el frágil, después de ser consciente que llevamos décadas en el lado oscuro. Y recuperar, cada día el motivo de ser lo que somos; relación. Ya que es a través de la relación médico-paciente79, relación entre personas, compleja y hermosa como aprendemos, crecemos y nos formamos para nuestro destino final; ayudar.

Ya tarde, después de un rico tiramisú, Pedro se despidió de mí con un cálido abrazo agradeciendo de nuevo mis consejos. Sabía que médico quería ser. Y qué tipo de tutor necesitaba en estos momentos.

No debemos olvidar de dónde venimos, para saber hacia dónde vamos. La medicina y el arte parten del mismo tronco80. El conocimiento, la técnica, las habilidades nos permiten a través de la palabra la fórmula de la curación, el alivio, el acompañamiento.

Sin palabras y silencios no solo no somos médicos, es que ni siquiera somos.
Doctor Robert, you´re a new and better man. He helps you to understand. He does everything he can, doctor Robert.
Lennon/McCartney

REFERENCIAS:

http://www.diariomedico.com/2010/05/04/area-cientifica/especialidades/hematologia/un-buen-medico-tiene-que-ser-buena-persona
http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf
Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Triacastela. Madrid. 2004
Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Paidós. Barcelona. 1961
Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Libros básicos. Buenos Aires. 1986
Borrell F. Práctica clínica centrada en el paciente. Triacastela. Madrid 2011

http://comunicacionysalud.es/

http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-consultas-sagradas-serenidad-el-apresuramiento-S0212656708000097

Joyce B, Steenberg T, Scher E. Use of Kalamazoo Essential Elements Communication Chklist (Adapted) in a institutional Interpersonal and Communication Skills Curriculum. J Grad Med Educ 2010; 2: 165-9.

equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2011/12/Medicina-Armónica-UNED-2012.pdf

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17389542

http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=78783

https://www.semfyc.es/ensenar-literatura-medicina-estudiantes/

Sacks O. Musicofilia. Anagrama

Miller W, Rollnick S.La entrevista motivacional. PAIDOS. Barcelona. 1999.

https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73560-4

https://www.hablandodehomeopatia.com/la-prevencion-cuaternaria/

Marsh H. Ante todo no hagas daño. Salamandra. 2014

Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

Gotzsche P. Medicamentos que matan y crimen organizado. Los libros del Lince. 2014

http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prescripcion-potencialmente-inadecuada-mayores-65-S0212656716304619

Moynihan, R., Doust, J., & Henry, D. (2012). Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. BMJ, e3502, 1-6

http://woncaeurope.org/content/overdiagnosis-position-paper

Why cancer screening has never been shown to ?save lives??and what we can do about it. BMJ 2016; 352 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.h6080 (Published 06 January 2016)

Long term mortality afer screening for colorectal cancer. N engl j med 369;12 nejm.org september 19, 2013

http://www.elsevier.es/en-revista-revista-senologia-patologia-mamaria-131-avance-resumen-cribado-mamografico-el-principio-del-S0214158218300215

http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1088

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000300002

http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-avance-resumen-los-criterios-stopp-start-mas-frecuentes-S0211139X1830547X

http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-mejorando-prescripcion-medicamentos-las-personas-S0211139X14002236

https://www.researchgate.net/publication/279237206_Prescripcion_prudente_y_deprescripcion_de_farmacos_como_herramientas_para_la_prevencion_cuaternaria

https://www.semfyc.es/biblioteca/doc-33-recomendaciones-no-hacer/

https://www.semfyc.es/biblioteca/doc-33b-recomendaciones-no-hacer-2a-parte/

Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Desprescribing proton pump inhibitors. Clinical Practice Guidelines. Can Fam Physician 2017;63:354-64.

http://www.nogracias.eu/2018/01/09/sobrediagnostico-sobretratamiento-las-diez-recomendaciones-mas-relevantes-del-2016/

quipocesca.org/manejo-de-la-incertidumbre-diagnostica-en-la-consulta-del-medico-generalde-familia/

http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4874s/1.html

http://www.msc.es/campannas/campanas06/usomedicamento3.htm

YouTube Video: YouTube.com/watch?v=GnIccQlTDbA

YouTube Video: YouTube.com/watch?v=psWepzK8EsY
http://www.mdpi.com/2227-9032/3/1/50/htm
Montori V. Why we revolt. A patient revolution for careful and kind care. Rochester. Minessota. USA. 2017
Jovell A. Te puede pasar a ti. Proteus.
Jovell A. Medicina basada en la afectividad. Med clin. 1999;13:173-175
What conclusions have Clinical Evidence drawn about what works, what doesn't based on randomized controlled trial evidence? BMJ, 2015. http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisation.
http://ebm.bmj.com/content/22/3/88
How medicine has exploited rationality at the expense of humanity: an essay by Iona Heath. BMJ 2016; 355 doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i5705 (Published 01 November 2016)Cite this as: BMJ 2016;355:i5705
https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(13)00405-9/abstract
YouTube Video: YouTube.com/watch?v=fB1qEoDO2nE
Sacristán JA. Evidencia basada en la medicina. Med Clin 1998;112 (supl1): 9-11
http://www.lavanguardia.com/lacontra/20180618/45202668608/lo-que-cura-es-el-afecto-no-hay-terapia-sin-simpatia.html
YouTube Video: YouTube.com/watch?v=ffQokq5KU2M
Casado S. Diario de un médico descalzo. 2017
http://www.nogracias.eu/2018/01/28/sobremedicalizacion-tampoco-tanto-abel-novoa/
https://gerentedemediado.blogspot.com/
https://rafabravo.blog/
YouTube Video: YouTube.com/watch?v=QUUFb-1hBtw
Epstein R. Attending. Medicine, mindfulness and humanity. Scribner. 2017
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29432623
http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2015/10/Jaculatoria-M%C3%ADrame-m%C3%ADrale-a-los-ojos.pdf
https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/consumer-health/in-depth/alternative-medicine/art-20045267
Rakel D. Medicina Integrativa. 2ª edición. Elsevier.Barcelona. 2009
Torres Jiménez JI, Díaz-Sáez G, Serrano-Muñoz P, García-Gómez O. Utilización de medicamentos homeopáticos en una consulta urbana de atención primaria. Rev Med Homeopat. 2017;10(2):53-58.
Torres Jiménez JI. Fernández Quiroga G, Díaz Sáez G. Aportación de la homeopatía en la relación médico-paciente RevMedHomeopat. 2014;7(1):39-45.
https://www.hablandodehomeopatia.com/experiencia-medico-atencion-primaria-homeopatia/
https://www.hri-research.org/
https://www.hablandodehomeopatia.com/8-tips-de-investigacion-en-homeopatia/
https://www.hablandodehomeopatia.com/author/gualberto/
pps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21201es/
Martin Zurro A. Prioridades en formación continuada en Medicina de Familia y Comunitaria. FMC. 2018;25(1):1-2
Novoa A. La formación de médicos indenpendientes y el futuro de la medicina. FMC. 2018;25(4):223-5
Gavilán E, Jiménez L, Villafaina A. Deprescripción de medicamentos en ancianos: Paradojas y contradicciones. FMC. 2013;20:22-6.
Hortal J, Aguilar I, Parilla F. Un modelo de deprescripción prudente. Med Clin (Barc). 2015;144(8):362?369. http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2014.02.026
Baena JM, et al. Sobretratamiento antihipertensivo en mayores de 80 años. Med Clin (Barc). 2018;150(6):220?223. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.061
http://www.nice.org.uk/guidance/NG5
ttp://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.05.012
Esquirol JM. La resistencia íntima. Acantilado. Barcelona. 2015.
Gómez Esteban R. El médico como persona en la relación médico-paciente. Fundamentos.Madrid. 2002
Szczeklik A. Catarsis. Sobre el poder curativo de la naturaleza y el arte. Acantilado. Barcelona. 2010.