

Anamnesis de la anamnesis Anamnesis of the anamnesis

*Dupuy, Lila Paula*¹

¹Médica de Familia.
Especialista en Terapia
Familiar Sistémica. Docente
Adscripto Universitario.
Universidad Maimonides.
Obra Social Luis Pasteur.

dupuy.lila@maimonides.edu

RESUMEN: El objetivo del trabajo es determinar el modelo médico hegemónico (MMH) o modelo biopsicosocial (MBPS) subyacente en cada capítulo de anamnesis de los libros de Semiología empleados para la enseñanza de grado en la Universidad de Buenos Aires en la Carrera de Medicina desde 1910 a la fecha. Se trata de un trabajo observacional descriptivo longitudinal retrospectivo que implicó la revisión de los capítulos sobre anamnesis donde se tomaron como variables de análisis la extensión absoluta y relativa del capítulo en relación al total de la obra y por otro lado, la indagación sobre aspectos psicosociales y la inclusión de la familia en calidad de recurso de salud de los pacientes. Con esas dos últimas variables se determinó la adherencia a uno u otro modelo. De una totalidad de 8 obras, solo una de ellas (la única cuya primera edición fue en el S. XXI) fue escrita bajo el MBPS, otra obra cuya primera y única edición promedió el final del S. XX mostró algunas concordancias con el MBPS. El resto, aun cuando sus últimas ediciones estuvieran entre 1990 en adelante, no mostraron cambios algunos en los modelos subyacentes y continuaron reproduciendo el MMH. La extensión absoluta del capítulo rondó entre las 2 y 7 páginas con una media de 3,9. La extensión relativa no superó el 0,44%. Los resultados revelan dos paradigmas en pugna propios de una época de transición con claro dominio del MMH. El porcentaje mínimo otorgado a la anamnesis sumado a una extensión de 2 páginas en el 50% de las obras consultadas hace pensar que los autores no creen que del diálogo con el paciente se obtenga alrededor del 50% del diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Anamnesis; modelo biopsicosocial; modelo médico hegemónico.

ABSTRACT: To determine the hegemonic medical model (HMM) or biopsychosocial model (BPSM) underlying in each chapter of Anamnesis of Semiology books used for teaching in undergraduate at the University of Buenos Aires from 1910 to date. This is a retrospective, longitudinal observational study that involved the review of the chapters on Anamnesis where the variables of analysis taken were the absolute and relative length of the chapter in relation to the total work and on the other hand, the inquiry into psychosocial aspects and family inclusion as a health resource for patients. With these two last variables adherence to either model was determined. Out of 8 pieces, only one (the only one whose first edition was in the XXI century) was written under the MBPS, another work whose first

and only edition averaged end of XX century, showed some concordance with the MBPS. The rest, even when their latest editions were from 1990 onwards, didn't show any change in the underlying models and continued to reproduce the HMM. The absolute extension of Chapter hovered between 2 and 7 pages with an average of 3,9. The relative extent did not exceed 0.44%. The results reveal two competing paradigms of times of transition with clear predominance of the HMM. The minimum percentage given to the anamnesis together with an extension of 2 pages in 50% of the works consulted suggests that the authors do not believe that from the dialogue with the patient won't come out the 50% of the diagnosis.

KEYWORDS: Anamnesis; biopsychosocial model; hegemonic medical mod.

INTRODUCCIÓN

La formación de los médicos debería poder dar cuenta de la complejidad del ser humano, la rapidez de los cambios y la imprevisibilidad de los mismos (1 p.9). Sin embargo, lejos de ser así, se habla de una crisis de confianza en las profesiones y se la relaciona, entre otras cosas, con una formación inadecuada para "satisfacer los propósitos adoptados por las profesiones" y propone adecuar el conocimiento profesional a las necesidades y los problemas de la sociedad (2 p.24).

Nos preguntamos si la formación de grado prepara a los futuros profesionales para el mundo complejo en el cual deberán insertarse. Pensamos que esta "preparación para el mundo profesional" trasciende los contenidos específicos que se imparten. En otras palabras, la evaluación de la utilidad de la formación debería estar más centrada en el modelo médico (MM) que se pretende enseñar que en los contenidos propiamente dichos.

En la actualidad conviven distintos MM: el modelo médico hegemónico (MMH)ⁱ y el modelo biopsicosocial (MBPS), con una clara dominancia del primero. La supremacía del MMH es tal que, el MBPS pese a ser una de las "... propuestas diferentes, aunque parcialmente eficaces, no modifican las características dominantes..." (3 p.23) ni llegan a contrarrestar el peso del MMH.

El MM se reproduce y mantiene a través de: la enseñanza en las escuelas de medicina donde el proceso de aprendizaje es fraccionado en disciplinas, en los textos que son en su esencia tratados de enfermedades, en los modelos internalizados de los profesionales docentes, en la organización de los sistemas de salud, en la necesidad de certezas respecto a la salud y la enfermedad, en las políticas de salud, etc. (3 p.10, 4 p.38, 5 p.1115, 6 p.138).

Partiendo de la idea de que la forma en la que se ejerce una profesión es influenciada por los modelos internalizados, el MM que subyace en la enseñanza "puede leerse" en las actitudes de los formadores, en la metodología docente, en los programas y en la literatura sugerida u obligatoria para la formación entre otros. Por lo tanto, el MM bajo el cual se ha establecido la formación médica en los últimos tiempos podría ser estudiado de todas las fuentes enumeradas.

Las preguntas que justifican este trabajo son: ¿cuál es el modelo médico (MM) que se enseña en la formación de grado? ¿Ha cambiado a lo largo del tiempo?

Para poder aproximar una respuesta, hemos decidido circunscribir el área de indagación a la fuente bibliográfica y dentro de ella a la correspondiente a la asignatura de semiología por considerarse una de las materias troncales en la formación de grado y se seleccionaron los manuales o tratados de semiología destinados a la formación de alumnos de grado en la UBA. En aras de acotar aún más el objeto de estudio, se seleccionó el capítulo de anamnesis^{ii iii}, o sea, la sección del libro destinado a la obtención de la información del paciente que le permite al médico elaborar la historia clínica.

A partir del análisis de dichos capítulos intentaremos reconocer los MM imperantes y el valor que los autores otorgan a la comunicación entre el médico y el paciente. Para ello se establecerán variables relacionadas con el MMH o con el MBPS. Dado que el modelo biopsicosocial fue descrito por primera vez en 1977 y la creación del modelo clínico centrado en el paciente es posterior, los primeros años de la búsqueda no servirán a tales fines comparativos. Es por ello que, además de buscar pautas para identificar un modelo, también se incluye la longitud del capítulo, una manera indirecta de divisar el valor de la palabra, de la anamnesis como fuente diagnóstica.

La misión de este trabajo es transmitir, no un conocimiento, un dato producto de una investigación, sino contribuir a la formación de una postura crítica frente a la literatura que permita seleccionar de la misma, aquello que facilite una comprensión de la complejidad del encuentro entre el médico y la persona que consulta.

DISCUSIÓN TEÓRICA

Características del modelo médico hegemónico (MMH)

El MMH se asienta en el modelo biomédico que surge de la escuela anatómo clínica con sus principales exponentes en Marie- Francois-Xavier Bichat (1771-1802) y Richard Bright (1789-1858) que en su momento significó el fin de la tendencia a especular sobre la causa de los malestares de los enfermos (4 p.36, 8 p.226-330). Con base filosófica en el positivismo, se consolidó hacia el S. XIX y principios del S. XX (6 p.140).

Es eminentemente patologista al basar el estudio en las enfermedades como entidades con vida propia independiente de la persona que la padece (9 p.6) (bien diferenciada del estado normal de salud) y basa el éxito en la capacidad del médico de curar o salvar vidas (4 p.37, 10 p.141). Morin dirá al respecto que (la medicina actual) “..extrae a los cuerpos de su medio natural, los coloca en un entorno artificial controlado por el experimentador (al punto de) convencernos que ese es el único conocimiento fiable...” (10 p.142).

Es reduccionista en cuanto implica una división del objeto en tantas partes como sea necesario, y el examen uno por uno para llegar a la verdad de cada porción (11 p.29). Parte de la metáfora del organismo como máquina (12 p.17) por lo que la solución surge de una sola categoría de factores, que una vez arreglados, resuelven el problema (13 p.14).

Es dualista, parte de la idea cartesiana de la división mente/cuerpo y establece barreras disciplinarias. Esta división traerá ventajas devenidas del desarrollo disciplinario en torno a la enorme producción científica e inconvenientes debidos al enclaustramiento y la fragmentación del saber (13 p.15). La supremacía de un conocimiento fragmentado en disciplinas como sería el estudio de lo biológico, lo psicológico y lo social por separado dificulta operar el vínculo entre las partes y las totalidades e impide ver la forma en la que los mismos se modifican los unos a los otros (1 p.15).

Varios autores (4 p.38, 14 p.3) coinciden en que este modelo se basa en la objetividad de la observación del médico, para pasar a considerarlo como una autoridad indiscutida.

Es biologista en tanto la enfermedad (o efecto) tiene una etiología o agente etiológico que hay que identificar (causa). Dicha etiología es, en principio, biológica y recién se piensa en una causa de “origen” psicológico y menos aún la sociológica cuando esté demostrada la ausencia de sustrato orgánico de la misma (15 p.36, 16 p.35, 17 p.2).

De todo lo anterior puede resumirse que el MMH tiene su eje en el aislamiento del enfermo de su contexto de persona convirtiendo al problema de la salud y la enfermedad en un “problema abstracto” (3 p.12), donde la relación entre el agente causal y la enfermedad es directa e inequívoca.

Aproximación al modelo biopsicosocial

“... Si además de proponernos encontrar la explicación acerca de lo que le pasa al paciente, pensamos en comprender, entonces no alcanzan todos los medios objetivos de conocimiento, la comprensión humana llega cuando sentimos y concebimos a los humanos en tanto sujetos...” (13 p.53).

El modelo biopsicosocial (MBPS) fue creado por George Engel en 1977 (18,19) como un modelo científico construido para dar cuenta de las dimensiones (psicológica y social) que no habían sido tomadas por el MMH (19 p.536). Surge tras la creencia del autor de que en todos los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad participan no solo los aspectos biológicos sino también psicológicos y sociales. En oposición a una causalidad lineal, la visión holística de este modelo necesitaba de otra explicación causal, por lo que encontró sustento en la teoría sistémica o causalidad circular^{iv} (20 p.175).

El MBPS implica trabajar sobre la relación entre enfermedad, medio social y estilo de vida de las personas (21 p.13). O sea, el foco reside en la interrelación de las variables y sus significados personales, más que en el estudio o manipulación de cada elemento por separado.

Es un enfoque que va más allá del paciente que concurre a la consulta. Los problemas que presenta no se ven como exclusivos de la persona, sino como conectados con quien y con lo que está alrededor de la persona (contexto) (21 p.14).

El ensanchamiento de la comprensión acerca de los problemas humanos, no solo incluye al profesional en su tarea asistencial sino también a los pacientes (21 p.17). En ese sentido, a partir de una mirada crítica hacia la causalidad lineal, propone una ampliación de los marcos de referencia, tanto para el que consulta como para el profesional de la salud. Cuando se está frente a problemas de salud de índole crónica, psicósomáticos, del final de la vida, etc. quizá la mayor contribución que se puede realizar sea la de facilitarle al paciente y su familia, realizar el salto desde una visión exclusivamente somática de su problema a una que incluya el contexto biopsicosocial (22 p.64) de manera de lograr una "ampliación de la clínica" (23 p.7).

Aplicación del MBPS: la inclusión de la familia

La inclusión de la familia en la consulta^v a partir de la demanda de atención por parte de un miembro de la misma puede alcanzar distintos niveles de involucramiento, los mismos fueron estadiificados a partir del trabajo con médicos de familia (22 p.6, 24 p.16). Cada nivel implicaría propósitos diferentes y para ello sería necesario el desarrollo de distintas habilidades de entrevista. Así, el nivel 1 (uno) de inclusión, sería aquel en el que se llama a algún familiar cuando no se puede hablar con el paciente (ya sea por la edad, el estado de conciencia, etc.). Se denomina: mínimo énfasis en la familia y responde al MMH. Los siguientes niveles van aumentando en la complejidad de las intervenciones del médico hasta el 5 (cinco) denominado: terapia familiar. Sin la pretensión de llegar a este último nivel, del 2 (dos) al 3 (tres) lo que se propone es la inclusión de la familia en carácter de red de soporte, de perspectivas diferentes frente al problema del paciente identificado, fomentando acciones de prevención y promoción, etc. (22 p.18, 24 p.7).

Aplicación del MBPS: ¿qué es lo "psicosocial"?

El universo de lo psicológico va desde la consulta explícita por un problema psíquico o de comportamiento, hasta la forma en la que el paciente percibe, siente y convive su problema o enfermedad, o la posibilidad de la misma (17 p.2). Algunos autores (25 p.179, 26 p.74) toman como eje central a la experiencia personal del paciente de la alteración física y psicológica, nominada como dolencia^{vi}, o como "biografía" (25 p.170) como complemento de lo biológico.

El aspecto social, puede pensarse como el mundo del ser que nos consulta, por lo que indagar acerca del modo en el que el paciente se desenvuelve en los contextos más cercanos podría darnos una idea acerca de esta variable (27 p.149). Estos datos tomados de forma individual, a manera de anamnesis social y/o psicológica, pueden crear la ilusión de la aplicación del modelo integrador cuando en realidad continúa siendo mecanicista: parte de una causalidad lineal aunque incluye aspectos no biológicos (28 p.38).

Un salto necesario para poder implementar este modelo es el de entender que se están manejando dos tipos de variables para describir al mismo objeto de estudio^{vii} (el ser humano con su padecimiento o su posibilidad del mismo): lo biológico bien puede describirse con variables cuantitativas, sin embargo, los aspectos psicosociales deben ser apreciados como variables cualitativas. Ello implica un doble esfuerzo constante de manejo de valores y categorías en un interjuego dialéctico que contradice principios de pensamiento que arraigados en nuestra formación inicial. Se trata de un paso de la concepción "... de la enfermedad como objeto de conocimiento y de intervención (para) incluir al Sujeto y su contexto como objeto de estudio y de las prácticas de la Clínica..." (9 p.3).

Entonces, a la hora de definir la forma en la que la esfera psicosocial puede ser indagada, ésta debe ser tenida en cuenta como un todo y no disecada artificialmente en sus componentes. Un texto con asiento en el MBPS debería incluir preguntas acerca de los componentes de la dolencia tal cual la señala el modelo clínico centrado en el paciente^{viii} (29 p.38), y/o preguntar acerca del sistema de creencias del paciente y su familia. Se considera que la vivencia de salud y enfermedad es tanto un proceso intrapsíquico como cultural, que se conforma básicamente en la familia de origen y se sostiene en la comunidad.

Época de transición

La ciencia, en tanto producto de la cultura, no escapa a la posibilidad de proponer distintos modelos teóricos para explicar (describir o correlacionar) un mismo hecho. Sin ir más lejos, fue Kuhn (30) el que expresó con suma claridad las formas de coexistencia de paradigmas en una misma época (de transición).

Tomando como base la convivencia de distintos paradigmas y a modo de analogía, visualizare-

mos las temáticas que desde la anamnesis se valoran como relevantes para obtener la información necesaria para arribar a un diagnóstico, para identificar a qué MM responde la redacción de cada capítulo y el valor que los autores de las obras otorgan a la comunicación entre el médico y el paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Recolección de datos

Para la aproximación al modelo, se procedió a la lectura de cada uno de los capítulos de anamnesis^{ix} en busca del grado de inclusión de la familia y la existencia, o no, de preguntas por aspectos psicosociales.

Para el grado de inclusión de la familia como fuente de información se realizó la búsqueda en dos etapas: ¿Aparece la necesidad de obtener información por parte de algún familiar o persona a cargo de forma directa? Según constara en los capítulos, se procede entonces a responder por sí o por no y a continuación, para aquellos capítulos que incluyeran a la familia, se buscó responder la siguiente pregunta: ¿se le pregunta a la familia solo cuando el paciente no está en plenas condiciones de habla y juicio? También las respuestas posibles fueron: sí o no.

De esta manera se discriminaron dos grupos:

1. Solicitud de información proveniente de la familia solo en caso de no contar con "información fiable" por parte del paciente, resultado que se evaluó como un nivel de involucramiento 1 o de mínimo énfasis en la familia (22 p.16, 24 p.6) con correspondencia al MMH.
2. Inclusión de información proveniente de la familia en carácter de recurso tanto fuera para diagnóstico o tratamiento. Resultado que se evaluó como un nivel de involucramiento de la familia superior a I, donde la familia se toma en carácter de red de soporte, de perspectivas diferentes frente al problema del paciente identificado, fomentando acciones de prevención y promoción (22 p.16, 24 p.6) y la concordancia con el MBPS.

La evaluación de la inclusión de aspectos psicosociales del paciente durante la anamnesis se evaluó mediante la búsqueda de preguntas que hicieran mención a aspectos relacionados con las creencias sobre salud del paciente y la evaluación de la dolencia propiamente dicha (29

p.36). De esta manera, también quedaron dos grupos:

1. Ausencia de preguntas relacionadas con la dolencia y las creencias del paciente, en concordancia con el MMH.
2. Apreciación de la dolencia y creencias del paciente, representativos del MBPS.

Para evaluar la extensión absoluta y relativa de los capítulos de anamnesis se procedió a considerar las páginas de la extensión de los mismos y el del total de la obra.

Población

La población de libros debía provenir de las recomendaciones de libros de semiología hechas por la Carrera de Medicina de la UBA. Dado que la Universidad no cuenta con dichos registros, se procedió a la reconstitución de la misma a partir de la base de datos de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la UBA (tanto de graduados como de docentes). Se tomó registro de los libros que incluyeran la palabra semiología y que estuvieran destinados a la enseñanza de la misma. Aquellos textos que estuvieran en la Biblioteca de Graduados pero no en la de Alumnos no fueron tenidos en cuenta, a excepción de aquellos que habiendo estado en la de Alumnos, dejaron de estarlo debido a la antigüedad de los mismos.

El rango de años que se tomó fue desde el curso de Introducción a la semiología a cargo del Dr. Gregorio Aráoz Alfaro en 1910^x que tuviera lugar en la Segunda cátedra de Semiología y que fuera publicado en 1922 hasta la edición del último libro de semiología con orientación docente publicado hasta el mes de julio de 2011.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Obras de semiología que no estuvieran destinadas a la enseñanza de grado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Obras de semiología incompletas.
2. Obras de semiología que solo se ocuparan de un área en particular de la misma.

Código	Autor por apellido (dos primeros)	Nombre de la obra	Año	Edición
1-AA	Aráoz Alfaro	Introducción al Curso de Semiología y Ejercicios Clínicos	1922	SE
2-AA/U	Aráoz Alfaro-Udaondo	Semiología y Clínica Propedéutica	1923	1
2 - A A / Ub	Aráoz Alfaro-Udaondo	Semiología y Clínica Propedéutica	1931	3
3-P	Padilla	Semiología General	1937	1
3-Pb	Padilla	Semiología General	1961	8
4-C	Cossio	Semiología Médica	1955	1
4-Cb	Cossio	Semiología Médica Fisiopatológica	2001	7
5-S	Sanguinetti	Semiología, Semioteconia y Medicina Interna	1975	1
5-Sb	Sanguinetti	Semiología, Semioteconia y Medicina Interna	1998	7
6-EM	Esper-Mazzei	Biblioteca de Medicina: Semiología, patología y clínica	1992	SE
7-L	Lasala	De la semiología a la clínica	1998	SE
8-AA	Álvarez-Argente	Semiología Médica: fisiopatología, semioteconia y propedéutica: enseñanza basada en el paciente	2005	SE

Solo se señalan la primera y última edición de cada obra debido a que no se registran cambios en el capítulo de anamnesis en ninguna de las ediciones posteriores.
SE: sin número de edición.

TABLA 2: Resultados generales

Código	Año	Extensión absoluta	Extensión relativa	Inclusión de la familia	Dolencia/ creencias sobre salud y enfermedad
1-AA	1922	7		No	no
2-AA/U	1923	6	0,29	No	no
2-AA/Ub	1931	6	0,24	No	no
3-P	1937	3		No	no
3-Pb	1961	2	0,07	No	no
4-C	1955	4	0,32	No	no
4-Cb	2001	4	0,37	No	no
5-S	1975	2	0,21	No	no
5-Sb	1998	2	0,11	No	no
6-EM	1992	3	0,05	No	no
7-L	1998	4	0,28	No	sí
8-AA	2005	6	0,44	Sí	sí

Figura 1: Evolución de la extensión absoluta en páginas

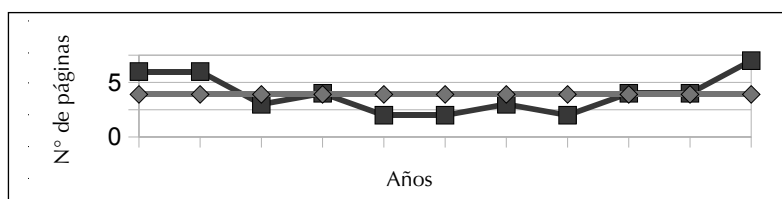


TABLA 3 : Extensión Absoluta

Año de publicación	Extensión absoluta en páginas
1923	6
1931	6
1937	3
1955	4
1961	2
1975	2
1992	3
1998	2
1998	4
2001	4
2005	7

TABLA 4: Extensión relativa

Año de publicación	Extensión relativa
1923	0,29%
1931	0,24%
1955	0,32%
1961	0,07%
1975	0,21%
1992	0,05%
1998	0,11%
1998	0,28%
2001	0,37%
2005	0,44%

TABLA: 5: Curva de Frecuencias

Nº de páginas	Frecuencia	Media
2	14	4,5
3	2	4,5
4	4	4,5
5	0	4,5
6	6	4,5
7	1	4,5

Figura 2: Evolución de la extensión relativa.

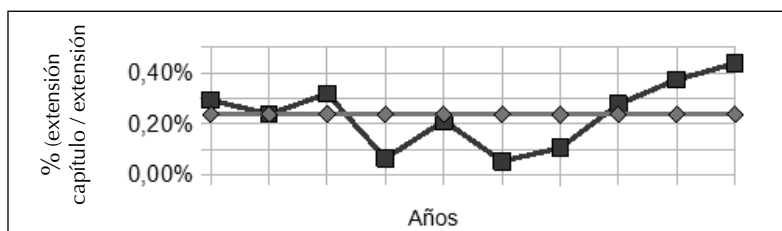
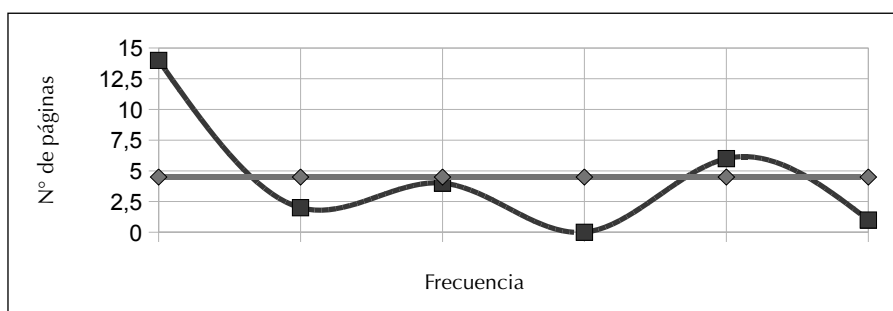


Figura 3: Curva de distribución de frecuencia de extensión absoluta



RESULTADOS

Se registraron ocho obras^{xi} (Ver Tabla 1) que fueron utilizadas para el análisis de las variables. De las mismas se tomaron todas las ediciones, quedando así un total de 28 textos para el análisis. Sin embargo, dado que en aquellas obras que fueron reeditadas no se observaron cambios en el capítulo de anamnesis, solo se evaluó la primera y la última edición de las mismas

Acerca del modelo médico

De las ocho obras evaluadas solo una resultó positiva para las dos variables compatibles con el MBPS y otra dio positivo para una sola de las variables. (Ver Tabla 2)

Acerca de la extensión absoluta y relativa.

»La extensión absoluta de las 28 obras revisadas tuvo un rango de 2 a 7, con una media de 3,9. (Ver Tabla 3 y Figura 1).

»La extensión relativa tuvo un rango medido en porcentaje sobre el total del texto desde: 0,5% a 0,45%. Con una media en: 0,23. Por no estar completa una de las obras, se eliminó una del cálculo y se consideraron solo 27. (Ver Tabla 4 y Figura 2).

»Para cada una de las extensiones absolutas se calculó la frecuencia. (Ver Tabla 5 y Figura 3).

CONCLUSIONES

De las obras halladas, solo una de ellas (la única cuya primera edición fue en el S. XXI) mostró concordancia con las dos variables tenidas en cuenta para definir la influencia del MBPS, otra obra cuya primera y única edición promedió el final del S. XX mostró solo una concordancia. El resto, aun cuando sus últimas ediciones hubieran sido publicadas desde 1977 en adelante, no mostraron cambios algunos en la redacción del capítulo y, por lo tanto, en los modelos subyacentes.

En lo que se refiere a la longitud de los mismos, la extensión absoluta tuvo un rango entre 2 y 7 páginas, siendo la primera y la última obra, las que tenían los capítulos de mayor extensión. Las obras reeditadas no mostraron cambios en la extensión del capítulo a lo largo de las sucesivas ediciones que se dieron en un rango desde 24 a 46 años^{xii}. La extensión relativa no superó en ninguno de los

casos el 0,45% del total de la obra. El porcentaje mínimo otorgado a la anamnesis sumado a una extensión de 2 páginas en el 50% de las obras consultadas hace pensar que los autores no creen realmente que del diálogo con el paciente se obtenga alrededor del 50% del diagnóstico.

Dado que las únicas obras que mostraron concordancia con el MBPS son aquellas cuyas primeras ediciones se produjeron en 1998 y 2005. Si partimos de la suposición de que las variables utilizadas para emparentar los textos analizados con los MM elegidos son acertadas, entonces, se podría pensar que estamos, frente a una coexistencia de MM.

ALCANCES DE LOS APORTES REALIZADOS

El análisis de los MM que subyacen en los textos clásicos de formación médica en la UBA desde hace cien años hasta hoy resulta en un aporte más hacia la comprensión de la transmisión de un modelo que necesita revisarse. Permite además, ver una de las formas en la que el MMH se reproduce. Si se deseara seguir en esta dirección, resta la "pequeña" tarea de revisar las prácticas, el currículum de la carrera de medicina en particular, la organización del sistema de salud, etc. Por lo que visto desde el macro, lo realizado en este trabajo es ínfimo en relación con el todo.

Es clara la presencia de dos paradigmas, así como también, es claro, que por más que asome el MBPS a las puertas del siglo XXI, el MMH es reproducido aún en aquellos textos cuyas primeras ediciones se realizaron en los primeros tres cuartos del S. XX. Este hecho puede explicarse si se piensa que los autores más clásicos vean la necesidad de actualizar en las subsiguientes ediciones solo aquello que sus "lentes" netamente biologists estarían viendo. Eso redundaría en excelentes modificaciones en capítulos que implican avances tecnológicos mayormente (contenidos), pero no incluyen cambios en la forma y mucho menos en el MM.

Por lo pronto, reflexionar sobre el modelo que guía nuestra práctica, es en sí mismo, un avance. Sobre todo si reducimos el campo de acción a la anamnesis propiamente dicha. Avances en esta línea podrían darse si, por ejemplo: se revisaran los modelos de relación médico-paciente que se reproducen y qué aspectos de la semiología de la anamnesis sería interesante incluir para facilitar la tarea de los alumnos en la aproximación a la persona que sufre o teme sufrir.

RECOMENDACIONES

La pregunta que debería reorientar la docencia, desde los aspectos curriculares hasta los textos utilizados a tal fin, es ¿Qué profesional queremos formar? Según fuera la respuesta, la elección de los textos debe ser en concordancia con la misma. ¿Se prepara para tener eruditos, expertos en libros de texto de medicina? ¿o profesionales con capacidad de escucha y poseedores de un saber calificado, con la habilidad para trabajar al servicio de personas y las comunidades a las que pertenecen?

De cómo nos respondamos, de la idea que tengamos sobre lo que queremos favorecer que se produzca, entonces dependerá cuán reflexivos y críticos deberemos ser, y en primera instancia, revisar los modelos que sostenemos desde nuestro propio discurso, y aquel que recomendamos leer en los textos. Cabe aclarar en este punto, que para esta investigación se ha obviado la inclusión del nombre de los capítulos sobre anamnesis como variable. Aun así, vale recordar que dicho capítulo ha aparecido bajo el nombre de anamnesis o de interrogatorio indistintamente durante todo un siglo de literatura médica semiológica. El único capítulo que recibió un nombre diferente: entrevista clínica fue también el único en el que se evidenciaron variables relacionadas con el MBPS.

Si la semiología es la interpretación de los signos y síntomas y se basa en una semiotecnia específica que permite evidenciarlos, entonces sería positivo que el capítulo de anamnesis también incluya las técnicas necesarias para obtener la información. Esto significaría el pasaje del interrogatorio unidireccional (25 p.179, 34 p.148) a la semiotecnia de la anamnesis como sinónimo de comunicación médico-paciente. La reflexión acerca del significado de las palabras que utilizamos ya ha sido analizada (25 p.191), y vale la pena revisar el léxico médico y los modelos médicos que se deslizan a través del mismo.

Si el centro es la información, porque desde la mirada centrada en el profesional y sus textos es lo necesario para llegar al diagnóstico, etc., con un capítulo que diga qué se debe preguntar, es suficiente. Ahora, si la información no es suficiente y se necesita que la persona que consulta participe del acto de cuidar su salud, entonces, el capítulo de anamnesis, deberá incluir aquello que hable sobre la forma de relacionarse con el paciente, luego extenderse no solo en lo qué hay que saber, sino en cómo se hace para saberlo.

Si pensamos en un modelo biopsicosocial, centrado en el paciente más que en el médico y con una

clínica que vaya más allá del saber médico clásico. Entonces se deben formar médicos con capacidad de “des-centrarse” de sí mismos para animarse a co-construir con sus pacientes y así poder instaurar “nuevos patrones de relación” (23 p.3).

Finalmente, y parafraseando a Gastón de Sousa Campos (9 p.1) ¿Se tratará este trabajo de uno de los otros tantos que miran con ojos críticos al MMH pero que no pasan de allí? Y que en última instancia, al no poder avanzar más allá de la crítica termina reforzando al modelo dominante. O formará parte de un cambio molecular que contribuirá a la construcción de un nuevo modelo.

AGRADECIMIENTOS: Patricia Chabay, Cecilia Pallavicini, Alejandra Schvartz y Mario Acuña

NOTAS FINALES

ⁱ También conocido como: modelo biomédico, modelo tradicional o clásico de la medicina según el autor que se consulte. En el presente texto se tomarán como sinónimos aunque la comparación entre las distintas fuentes puede llegar a volcar alguna diferencia entre las definiciones.

ⁱⁱ Definimos la anamnesis como: conjunto de preguntas (7 p.323) que deben figurar (explícita o implícitamente) en el contenido de una determinada entrevista.

ⁱⁱⁱ Según el diccionario de la RAE: anamnesis (del griego *ana*, nuevo y *mnesis*, memoria- evocar, o *anamnesis*, la negación de la amnesia) y la actitud observadora y atenta que el médico realiza una aproximación a la situación del paciente; para luego, con la semiotecnia (del griego *semeion*, signo y *tecnica*, técnica) alcanzar un planteo diagnóstico.

^{iv} Sistema: Conjunto constituido por las interacciones y retroacciones entre los componentes del sistema. Donde el todo es más que el conjunto de las partes tal que la organización en sistemas produce cualidades o propiedades desconocidas de las partes concebidas separadamente (13 p. 29).

^v Se refiere a la inclusión de familiares en el contexto de la propia entrevista, no al aspecto de la vida en familia del sujeto que consulta, sino a la posibilidad de incluir el relato de quienes asisten a la consulta o estén con el paciente en el momento de la internación.

^{vi} El término dolencia es la traducción de *illness* mientras que para la enfermedad queda el de *disease*. Tanto para los autores Mc Whinney como para Maglio, dolencia queda adherido a ese significado. Sin embargo, no debe confundirse con la significación que le otorga a dicho término de Sousa Campos quien la utiliza para referirse justamente al componente más biológico del padecimiento.

^{vii} Tizón (15 p. 16) dirá al respecto de las ciencias del hombre: “tener por objeto el hombre (O) y ser elaboradas por el hombre como un sujeto (S)”.

^{viii} La indagación de la dolencia propuesta por el modelo implica investigar: las ideas que tiene el paciente acerca de lo que le está sucediendo, los sentimientos (en especial el temor), las expectativas que tiene y las alteraciones que el problema o enfermedad provocan en su funcionamiento cotidiano.

^{ix} Cabe aclarar, que gran parte de los capítulos sobre anamnesis constaban bajo el nombre de *interrogatorio*, y en una sola ocasión, bajo el de *entrevista clínica* (Ver tabla 1: código 8-AA)

^x En el año 1904 el Dr. Aráoz Alfaro “creador de la tradición semiológica” (31) se hace cargo de la segunda Cátedra de Semiología. En 1910 pronuncia las conferencias que son grabadas por sus alumnos y luego transcritas conformando la primera obra de semiología de que se sirve esta búsqueda, por eso, aunque la obra se publicó recién en 1922, se toma como referencia el año 1910.

Años antes, se separaba Semiología de “Patología y Semiología”. Con el título “La vieja y la nueva Semiología”, el Aráoz Alfaro (32 p. 387) se refiere a la serie de procesos que tuvieron lugar a principio del SXX que culminaron con su designación como titular de la segunda Cátedra de Semiología y ejercicios clínicos, que luego, con oportunidad de la reforma universitaria, sugeriría el cambio de nombre de la cátedra por el de Semiología y Clínica propedéutica (33 p. 21). Que ese momento en particular constituía un hito en el desarrollo de la semiología en Argentina queda evidenciado por la separación de Semiología de la cátedra de Patología “mucho antes que otros países” (32 p. 389), y justamente la existencia de una “nueva semiología” en oposición a una “vieja” caracterizada por una exploración superficial y un interrogatorio difuso que no había cambiado demasiado desde Hipócrates, a pesar de los avances de la ciencia en general y la medicina en particular (32 p. 388).

^{xi} Por el término obra, se refiere al texto que conserva autores y título a lo largo de todas las ediciones.

^{xii} Aunque no fuera uno de los objetivos del trabajo, es llamativa la falta de cambios en el capítulo de anamnesis de las ediciones sucesivas de las obras analizadas. Quizá nuevamente como consecuencia de un modelo biologista, no se concibió la necesidad de actualizar el capítulo, que continuó teniendo la misma estructura a pesar de distar, en algunos casos, más de 40 años entre una edición y otra.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Buenos Aires: Nueva Visión; 2001.
- 2) Schön DA. El profesional reflexivo. Barcelona: Paidós; 1983.
- 3) Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud colectiva, La Plata. 2005;1(1):9-32.
- 4) Vargas Restrepo LP. “El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma”. En: Ceitlin, Gómez Gascón T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C; 1997.
- 5) Teutsch C. Patient-Doctor communication. Med Clin North Am. 2003;87(5):1115-45.
- 6) Outomuro D. Algunas paradojas de la enseñanza actual de la medicina interna en Argentina. EDUC MED. 2010;13(3):137-143.
- 7) Borrell i Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004.
- 8) Papp D, Agüero, A. Breve historia de la Medicina: Buenos Aires:Claridad;1994.
- 9) Campos G. WS. *Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Campinas: Mimeo; 1997*
- 10) Morin E. Introducción a una política del hombre. Barcelona: Gedisa; 2002.

- 11) Samaja J. El lado oscuro de la razón. Buenos Aires: JVEpisteme; 1996.
- 12) Mc Winney I. Orígenes de la Medicina Familiar. En: Ceitlin, Gómez Gascón, T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C; 1997.
- 13) Morin E. La cabeza bien puesta. Repensar la reforma-reformar el pensamiento. Buenos Aires: Nueva Visión; 1999.
- 14) Gómez R. La medicina: una profesión [Internet]. *Affectio Societatis* No 4/ junio/ 1999 [Citado el 25 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://antares.udea.edu.co/~psicoan/affectio4.html>.
- 15) Tizón JL. Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Seix Barral; 1978.
- 16) Neighbour R. La consulta interior. Barcelona: J y C Ediciones médicas; 1998.
- 17) Stuart MR, Lieberman III JA. The fifteen minute hour. Westport: Praeger; 1993.
- 18) Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
- 19) Engel GL. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-544.
- 20) Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)* 2002;119(5):175-9.
- 21) Eia Asen K, Tomson P. Intervención familiar. Barcelona: Paidós; 1997.
- 22) Doherty WJ, Baird MA. Family Therapy and Family medicine. New York: The Guilford Press; 1983.
- 23) Campos GWS. *Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde*. In: *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 4(2):393-403, 1999.
- 24) Doherty WJ, Baird Macaran A. Family-Centered Medical Care. A clinical casebook. New York: The Guilford Press; 1987.
- 25) Maglio F. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía. 2a ed. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2011.
- 26) Mc Winney I. Medicina de Familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.
- 27) Tizón JL. Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Doyma; 1992.
- 28) Epstein R, Borrell i Carrió F. The biopsychosocial model: Exploring six impossible things. *Families, Systems & Health*. 2005;23(4):426-431.
- 29) Stewart M, Mc Winney I. Patient Centered Medicine- Transforming the clinical method. London: SAGE; 1995.
- 30) Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica; 1971.
- 31) Buzzi A. La medicina argentina entre los dos centenarios – Desgrabación segunda conferencia Dr. Alfredo Buzzi Del ciclo de conferencias Entre uno y otro centenario [Internet]. 2009 [Citado el 20 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.cuba.org.ar/imgs/ateneo/buzzi.pdf>.
- 32) Aráoz Alfaro G. La vieja y la nueva semiología. *Argentina Médica – Seminario de Medicina práctica*. 1904;2:387-393.
- 33) Aráoz Alfaro G. Sobre la reforma del plan de estudios de la facultad de medicina. Buenos Aires: Las Ciencias; 1920.
- 34) Tieffemberg S. Isolda Reuque o Rigoberta Menchú, veinte años después. Sobre la matriz colonial del testimonio. *Anales de literatura chilena*. 2006;7(7):137-152.

