

La mirada de la enfermedad debe ser amplia.

“La medicina es más compleja que la aplicación de reglas científicas”.

Naylor.

Marionsini, Ricardo, 2020.

El ser humano es una unidad de componentes biológicos, psicológicos y socioculturales donde su genética y el entorno interactúan en forma permanente. Esta unidad, es un sistema **complejo, abierto** (intercambia materia, energía e información) y **dinámico** (mutante - variabilidad de sus estados - transformación), que mantiene las relaciones del orden entre sus elementos merced al procesamiento cerebral de la información biológica eléctrica, molecular y simbólica; se expresa como un fenotipo de descendencia (plasticidad) con elementos resilientes y de vulnerabilidad resultante de una conjunción dinámica de la historia transgeneracional, historia del desarrollo (etapa pre natal, post natal) y su presente (nicho ecológico – relaciones interpersonales).

Los nuevos entendimientos científicos nos acercan a esclarecer el vínculo de esta unidad, todo está interconectado, todas las cosas están unidas y condicionadas por un origen interdependiente. Somos parte de un todo, pero cada uno de nosotros tiene una identidad biológica definida.

La hominización nos establece que en el hombre, la ocurrencia y acumulación de mutaciones en la secuencia genética permite un proceso de resistencia y adaptación continua (mutar o morir). Estas mutaciones

son al azar (Darwin – selección natural en la especie - enfoque individual), y también puede darse mediante impactos ambientales (Lamarck- el ambiente es el determinante – enfoque colectivo – entre especies - cooperativo).

Es muy difícil poder interpretar la secuencias de cómo fue cambiando el ser humano para adaptarse y sobrevivir al medio. Hay mecanismos aptos para un momento de la historia evolutiva, que en otros momentos son perjudiciales. Todo ese beneficio inicial, al ponerse en marcha y ser útil, posteriormente se transforma en un “estado activo de agresión” para las funciones orgánicas.

Nuestra genética está programada para ordenar supervivencia y reproducción a través de sus mecanismos de desarrollo y protección, y es determinante solo en un pequeño grupo de enfermedades. Solo un gen sin necesidad de nada más, causa la enfermedad (genética propone y dispone). La metodología científica abuso durante muchos años del determinismo genético como causa de una enfermedad, solo después de conocer el proyecto genoma humano (2000) comienza a perder protagonismo, y hoy, ni siquiera es el factor condicionante fundamental de las funciones biológicas en que se va a desarrollar un ser vivo. Sin dudas, el desarrollo de la epigenética dejó atenuados los descubrimientos genéticos y nos permitió entender cambios en la expresión de los genes por señales del entorno sin alterar su configuración básica. Esto significa que todas las proteínas citoplasmáticas que producen las funciones biológicas son una imagen complementaria de la molécula señal del entorno. La interface es la membrana celular con sus receptores,

que actúa como cerebro de las células para generar respuestas apropiadas.

No estamos “atrapado” por la genética, la mayoría de las veces la genética sola no alcanza para enfermar, da un riesgo, una potencialidad, una predisposición y necesita que otros factores del entorno interactúen para combinar el riesgo suficiente, alcanzando el punto de desequilibrio y desarrollar la enfermedad (genética predispone y el ambiente dispone). En la mayoría de las enfermedades participan múltiples genes y las condiciones ambientales (ambiente físico y energético) son determinantes, a sabiendas que las mentes humanas puedan elegir distintas formas de percibir e involucrarse al entorno.

Los seres humanos evolucionamos como complemento del medio y es necesario entender que la medicina es conocimiento científico indisolublemente unido al conocimiento íntimo de las personas y de las circunstancias particulares.

En un ambiente como es nuestra actual sociedad, con alta demanda de cambios originada por nosotros mismos, corremos el riesgo de terminar “no encajando” (autodestrucción).

Superado el límite de tolerancia individual, nuestro organismo enfrenta un estado de “resistencia psicofísica” (flexibilidad adaptativa), y vemos cambiar parámetros fisiológicos homeostáticos por nuevos parámetros adaptativos con marcadores cuantificables (correlato neuroendocrino).

Recordar a Hans Selye (The stress of life, 1956), cuando nos habla del síndrome general de adaptación y nos ayuda a entender que un organismo bajo estímulos continuos aprende, predice y ajusta a sobrellevar el

contexto y los nuevos parámetros adaptativos se pueden tolerar un tiempo y posteriormente perder su regulación (sobrecarga alostática).

Es a partir de este momento cuando se instalan un terreno para el síntoma o la enfermedad expresado en una **redistribución “anormal” de la energía en las funciones biológicas** sin respetar las necesidades básicas, con menor porcentaje energético para algunas funciones (sistema sub activo) y una mayor demanda de energía para quienes están haciendo el esfuerzo adaptativo (incremento compensatorios), promoviendo un estado inflamatorio crónico aséptico, pro coagulante, vaso activo e inmunosupresor.

Si esta es nuestra mirada, y consideramos a la enfermedad una disrupción biológica y biográfica indefectiblemente de consecuencias fisiológicas, neurológicas, endocrinas, endoteliales y cardiovasculares, donde lo biológico es objetivable y cuantificable y lo biográfico subjetivo y no cuantificable, nos preguntamos, como la narrativa se proyecta sin poder definir con exactitud su grado de participación en el inicio o progresión de una enfermedad, como un ambiente adverso participa a través de los mecanismos epigenéticos, de qué manera ese órgano o esa función esta entrelazada en mis vivencias, porque ahora llego mi enfermedad, que ocurrió en mi vida para que esto aconteciera; son interrogantes relevantes para contemplar el concepto de cómo el hombre enferma, por qué enferma, cuánto y cómo su historia y su contexto inciden en el proceso de la enfermedad.

La formación científica medica tiene **límites**, es un modelo centrado de enfermedad única y nuestro mundo real nos enfrenta a paciente con

comorbilidades y sus interacciones; además, dificulta interpretar el síntoma sin daño orgánico ya que no ha sido capaz de encontrar una solución para nombrar, conceptualizar, clasificar y ofrecer un buen tratamiento a estos estados clínicos.

La definición del diagnóstico médico estructurado es otro de los aspectos que ofrece dificultades, se observa cuando un cuadro – problema tiene escasos síntomas del espectro – enfermedad (formas atípicas) y además esos síntomas son inespecíficos. Por último, una característica relevante y cuestionable de nuestra labor, es el uso indiscriminado de medicamentos que según distintos estudios contribuyen a aumentar la letalidad.

No olvidar que como médicos tenemos una fuerte ideología científica que es solo una teoría, aunque supongamos es la mejor y la que nos permite una buena práctica, no deja de ser una teoría. Esa teoría en nuestro conocimiento es sinónimo de verdad, aun sabiendo que la verdad siempre es relativa nos cuesta salir de esa visión, del dogma, con tendencia a improvisar teorías.

Los médicos estamos atrapados entre la formación intelectual y una espada corporativa y nos transforman en meros empleados de la industria farmacéutica, adictos a solicitar estudios en función de diagnósticos por “ella misma formulados” y a recetar frecuentemente al síntoma sin determinar su causa o aun cuando sea interpretado como un desvío adaptativo del entorno. Este accionar nos aleja cada día más del juramento hipocrático.

Es importante comprender la amplia diferencia existente entre el conocimiento científico de investigación y el complejo mundo real donde se ejerce la medicina todos los días, con las dificultades propias de un

sistema, sabiendo que cada paciente es único, con su historia de vida, su recorrido personal, con su continente de acciones e inacciones. Por esta razón, es entender, que lo supuestamente “validado” en un laboratorio de investigación con “variables controladas y selección de pacientes” para un estudio son resultados a tener en cuenta, pero lo importante y fundamental es saber leer el desarrollo del estudio para asegurar su interpretación y su veracidad.

Muchos pacientes están necesitando un servicio de atención que el sistema de salud no puede brindar.

El encuentro con el paciente no es, ni nunca será, solamente un ejercicio cognitivo sobre su presunta enfermedad, está siempre indisolublemente unido a las inquietudes, sentimientos, ideas, creencias y contexto con respecto a ese malestar. Este hecho hace que muchos pacientes no se sientan escuchados ni comprendidos y es entendible su disgusto cuando la entrevista solo se dirige hacia sus molestias como una alteración biomédica, sin enfocar con atención sus preocupaciones, sentimientos e ideas que expresan en forma directa o en claves sutiles que debemos entender, sin olvidar que la experiencia del síntoma o enfermedad en cada paciente es única.

Es necesario incorporar en las nuevas generaciones de médicos, nuevos conceptos de una mirada más amplia de la enfermedad para **transformar** sus ideas y asistir con una perspectiva integradora el padecimiento.

