



FORMACIÓN CONTINUADA - ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

Viaje a lo esencial invisible: aspectos psicosociales de las enfermedades

J.L. Turabián^{a,*} y B. Pérez-Franco^b

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina, Toledo, España

Recibido el 11 de agosto de 2012; aceptado el 10 de marzo de 2013

Disponible en Internet el 5 de junio de 2013

PALABRAS CLAVE

Biopsicosocial;
Contexto;
Cultura;
Enfermedades;
Medicina de familia;
Medicina centrada
en el paciente;
Síntomas

KEYWORDS

Biopsychosocial;
Context;
Culture;
Diseases;
Medical family
practice;

Resumen Los médicos pueden estar bien equipados para los aspectos biológicos de la enfermedad, pero no para sus dimensiones psicosociales, y este tema ha estado ausente en la medicina de familia. Los aspectos psicosociales de las enfermedades son los factores que intervienen en los modos de reaccionar del paciente frente a la enfermedad, y tienen un papel en la expresión de los síntomas y las enfermedades, y en las implicaciones que producen en la vida de las personas. Además, los efectos biológicos (específicos) y psicosociales (inespecíficos) no son simplemente aditivos, sino que interactúan. Los médicos deben ser conscientes de esta morbilidad psicosocial oculta de los pacientes –lo esencial invisible– y deben incorporar las intervenciones biopsicosociales a la atención médica de rutina para ser más eficaces. Además, el tener en cuenta estos aspectos dentro del marco asistencial aporta elementos propios de la medicina de familia.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Journey to what is essentially invisible: Pyschosocial aspects of disease

Abstract Physicians may be well equipped for the biological aspects of disease, but not for its psychosocial dimensions, an issue that has been absent in family medicine. The psychosocial aspects of the disease are the factors involved in how patients react to the disease, play a role in the expression of symptoms and disease, and have implications on the lives of patients. Moreover, the biological effects (specific) and psychosocial effects (non-specific) are not simply additive but interactive. Physicians should be aware of this hidden, essentially invisible patient

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jturabianf@meditex.es (J.L. Turabián).

Patient-centred
medicine care;
Symptoms

psychosocial morbidity, and must incorporate bio-psychosocial interventions into routine medical care to be more effective. In addition, to consider these aspects in the context of care contributes to the distinctive elements of family medicine.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

—Adiós —dijo el zorro—. He aquí mi secreto. Es muy simple: no se ve bien sino con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos.

—Lo esencial es invisible a los ojos —repitió el principito, a fin de acordarse.

Antoine de Saint-Exupéry. *El Principito*. Madrid: Alianza/Emecé; 1982. p. 87.

Introducción: la renuncia al viaje

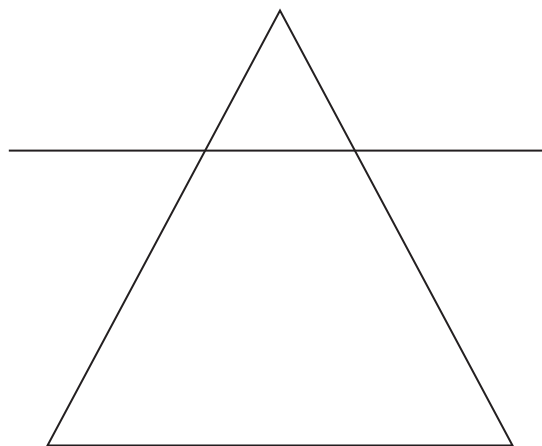
Veamos un caso clínico, por ejemplo de prostatismo. José de 60 años presenta polaquiuria, nicturia, pesadez hipogástrica, urgencia miccional, disminución del chorro y goteo posmiccional desde hace meses. Ha presentado un episodio de retención aguda de orina. Tiene realizado un tacto rectal, analítica de sangre —con función renal y PSA—, de orina, ecografía, etc. Hasta aquí lo que suele aparecer en los textos de medicina. ¿Y dónde están los factores psicosociales de este caso? ¿Tal vez no están presentes en todas las enfermedades, sino solo en algunas como sida o trastornos psiquiátricos? ¿Renunciamos a ese viaje a lo esencial invisible de los síntomas y las enfermedades?

La adaptación a la enfermedad crónica, como la hipertrofia prostática benigna de José, dependerá de factores como la edad, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los patrones de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas y las enfermedades crónicas asociadas. También hay que tener en cuenta aspectos conductuales y cognitivos, como los sentimientos de cansancio y el síntoma del dolor que influyen en las actividades de José relacionadas con su rol diario (hobbies, recreación, trabajo, vida sexual y afectiva). Además, existen otros aspectos sociales a tener en cuenta, como el hecho de que los costes de los cuidados médicos y quirúrgicos de la hipertrofia prostática benigna son elevados. La [tabla 1](#) muestra parte de estos factores psicosociales que estaban en la cara oculta o invisible del iceberg biopsicosocial ([fig. 1](#)).

El uso no especificado de la palabra «psicosocial» limita su utilidad. Aquí usamos el término «aspectos psicosociales» de las enfermedades para referirnos a los factores que intervienen en los modos de reaccionar del paciente frente a la enfermedad: sus pensamientos, emociones, comportamientos y sensaciones corporales habituales cuando las personas afrontan una enfermedad y un diagnóstico médico. La [tabla 2](#) presenta de forma general algunos aspectos psicosociales de las enfermedades, en cuya clasificación cabría añadir una ordenación según el periodo temporal en que consideremos la evolución de enfermedad, teniendo así

BIOLÓGICO

(La mayor parte es visible)



PSICOSOCIAL

(La mayor parte es invisible)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1 El iceberg biopsicosocial: lo visible y lo invisible de los aspectos biopsicosociales de las enfermedades.

efectos psicosociales inmediatos, intermedios y a largo plazo diferenciados¹⁻³.

La enfermedad como padecimiento personal conlleva con frecuencia repercusiones en 2 direcciones: por un lado, la dolencia de los pacientes influye en la conducta de las sociedades en que viven, pero el rechazo o la aceptación de estas también modula la vivencia personal de la enfermedad. Los factores psicosociales tienen un papel en la causa de las enfermedades, en la expresión y comprensión de los síntomas, en las implicaciones que las enfermedades producen en la vida de las personas, en el curso o evolución, en el tratamiento y en el pronóstico de todas las enfermedades (no solo las llamadas psicosomáticas)^{4,5}.

Las enfermedades crónicas (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades reumáticas, etc.) conllevan importantes consecuencias psicológicas y sociales (los elementos socioeconómicos, culturales, étnicos, de género, de relaciones interpersonales, de los atributos de la personalidad, las valoraciones cognitivas y los procesos de afrontamiento) que exigen un ajuste psicológico significativo. La experiencia de la enfermedad crónica exige una adaptación en múltiples ámbitos de la vida y da lugar

Tabla 1 Algunos aspectos psicosociales del prostatismo. El caso de José

Aspectos sociales	Aspectos emocionales
José no desea salir a la calle por miedo a no encontrar un baño y tampoco va a reuniones por razones similares, por lo que su vida social se deteriora paulatinamente	José tiene vergüenza de su condición, porque al mojar la ropa interior siente pena, máxime si esa orina le provoca mal olor Como José se despierta varias veces por la noche e interrumpe su sueño, al día siguiente puede amanecer cansado y malhumorado, y hay una interferencia emocional en el rendimiento adecuado de las actividades diarias tanto en el hogar como en el trabajo Este problema de José tiene un impacto en la calidad de vida sexual de él y su esposa José también tiene vergüenza, temor e incomodidad en el momento de consultar al médico y realizarse el tacto rectal

Fuente: Elaboración propia.

a determinados aspectos conductuales y cognitivos, como cambios y prohibiciones de hábitos, reducción de interrelaciones personales que favorecen la depresión, inseguridad y vergüenza, alteración de la imagen corporal, autoculpabilización ante la creencia de que los estilos de vida pueden haber causado la enfermedad, alteración de la imagen corporal, pérdida del sentido de control sobre la vida, y sentimientos de invalidez, que pueden llevar a la negación,

incumplimiento y hostilidad hacia la familia o grupo social, así como temores infundados sobre la transmisión y progresión de la enfermedad. Aunque la heterogeneidad en el ajuste es evidente entre los individuos, según su ciclo vital, y en todo el curso de la trayectoria de la enfermedad⁶ pueden describirse determinadas tipologías frecuentes y específicas de los aspectos psicosociales según las enfermedades (tabla 3).

Tabla 2 Aspectos psicosociales generales de las enfermedades (especialmente las crónicas)

Aspectos psicológicos	Aspectos sociales
Trauma	Rechazo
Estigma	Cambios de hábitos
Discriminación	Prohibiciones
Pérdida	Pérdida de la dignidad
Miedo	Cambio del papel en la familia y de la dinámica familiar
Angustia	Pérdida del control y de la independencia
Culpa	Pérdida de intimidad
Castigo	Cambios de rutinas e imposibilidad de ciertas tareas
Estrés	Dependencia
Sufrimiento	Aislamiento social
Autoexclusión	Inadaptación social
Vergüenza	Estigmatización
Dependencia	Aumento de los costes médicos
Vulnerabilidad	Recriminaciones y anatemas religiosos y moralistas
Negación	Problemas educativos
Ira	Invalidez
Frustración	Imposibilidad de planificar el futuro
Irritabilidad	Discriminación laboral
Impaciencia	Absentismo laboral significativo
Depresión	Desempleo
Ansiedad	Problemas económicos
Imagen alterada del cuerpo	
Alteración de la sexualidad	
Pérdida de un sentido de control sobre sus vidas	
Dificultades interpersonales familiares	
Incumplimiento	
Hostilidad hacia la familia o grupo social	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3 Aspectos psicosociales de algunas enfermedades

Enfermedad	Aspectos sociales	Aspectos emocionales
Enfermedades cardiovasculares Hipertensión arterial	Significan amenaza de muerte inminente e invalidez. Producen aislamiento social Se le atribuye un gran número muertes, parálisis, cefaleas, palpitaciones, dificultades respiratorias, etc.	Generan angustia Los clínicos observan mejorías o curaciones de pacientes hipertensos después de resolverse o modificarse una situación ambiental o emocional
Enfermedades respiratorias	Invalidez, estigmatización, problemas laborales y económicos. Implica alteraciones en los roles sociales de la persona y las relaciones	Producen estrés y ansiedad-depresión. Miedo a morir/falta de aliento/pánico al empeoramiento. Baja autoestima, inutilidad, negación, ira, pérdida de la dignidad, frustración, culpa, irritabilidad e impaciencia Ansiedad y depresión
Enfermedades reumatológicas Enfermedades digestivas	Invalidez Inadaptación social. Limita la incorporación a ciertas actividades educacionales y sociales. Absentismo laboral significativo, deterioro de la calidad de vida	La necesidad de alimentación es expresión de vida. Asociación alimentación-aporte de afecto. Reacciones de inadaptación psicológica
Enfermedades dentales	Estigma. Sufrimiento y autoexclusión entre los adolescentes y jóvenes	Pérdida de la autoestima de los adolescentes y jóvenes
Enfermedades del sistema nervioso	Pérdida de la identidad de toda la vida. Los roles sociales se olvidan o son anulados. Dificultades en la capacidad de gestionar y controlar las actividades de la vida diaria. Dependencia	La reacción habitual es de menosprecio. Toda cefalea intensa significa popularmente un tumor cerebral, anuncia la aparición de una embolia o expresa hipertensión arterial
Enfermedades psiquiátricas	Dificultades interpersonales familiares. Repercusión de situaciones relacionadas con la vida laboral. Temor a enfermedades, invalidez y muerte	Miedo, vergüenza, pesimismo sobre su pronóstico. Creencias como fenómeno sobrenatural (posesión de dioses, demonios, brujas, encantamientos, etc.)
Enfermedades endocrinológicas	Alto significado social. Alteración de actividades sociales y escolares. Necesidad de readaptación profesional	La enfermedad favorece disfunciones psicológicas, manifestaciones psiquiátricas y reduce la autovaloración
Enfermedades oftalmológicas	El aislamiento social cada vez mayor y la dependencia y deterioro de las perspectivas de trabajo	La pérdida de visión se asocia respuestas emocionales adversas que incluyen el miedo, la ansiedad, la vulnerabilidad, la culpa, la pérdida de confianza, la ira, el estrés y problemas de autopercepción
Enfermedades ginecológicas	Valoración social de la enfermedad sexual: gran significado en la definición del papel masculino o femenino, en las funciones reproductivas y actividades placenteras	La normalidad menstrual es un índice de salud mental. Ansiedad y depresión. Preocupación con fertilidad, dudas sobre «ser mujer»
Enfermedades infecciosas y de transmisión sexual Cáncer	«Invasión extraña». Discriminación y estigma Una maldición, un castigo o una falta cuya responsabilidad es atribuible al individuo mismo que la padece	Miedo, sentimientos de culpa Miedo, angustia, confusión emocional. Desgracia y vergüenza. Miedo a las secuelas físicas y a la recidiva
Enfermedades de la piel	Rechazo. Aislamiento social. Evitan la escuela y hay dificultades laborales (desempleo e incapacidad temporal)	Las burlas y el acoso causan problemas de autoestima, emociones negativas, depresión y ansiedad. Alteración de la sexualidad

Fuente: Elaboración propia.

La identificación y el manejo de los signos físicos y síntomas de las enfermedades (crónicas) ha mejorado, pero la carga psicosocial a menudo no es reconocida y se descuida. De este modo, las dimensiones psicosociales de las enfermedades son frecuentemente pasadas por alto cuando se considera la atención médica, a pesar de su importancia relativa, y en pacientes que por sus características de cronicidad realizan un mayor uso de los servicios médicos. En consecuencia, los médicos pueden estar bien equipados para los aspectos biomédicos de la atención, pero no para los desafíos de la comprensión de las dimensiones psicológicas, sociales y culturales de la enfermedad y la salud^{7,8}. En este texto nos proponemos examinar los aspectos psicosociales de la enfermedad —un viaje a lo esencial invisible de las consultas de medicina de familia (MF)— en un contexto amplio y enfocado a la práctica para hacer frente a las necesidades totales de los pacientes y sus familias.

Desarrollo del tema: hojas de ruta para el viaje a los aspectos psicosociales de las enfermedades (tabla 3)⁹⁻²⁹

La interpretación y el significado que el individuo le atribuye a los síntomas o malestares son influidos por diferentes variables como las experiencias previas personales con el síntoma, las experiencias familiares o de otros actores significativos, los modelos aprendidos, las creencias y las normas sociales. Todos estos factores no solo influyen en la percepción del individuo, sino al mismo tiempo moldean la reacción a los síntomas como resultado de su proceso cognitivo³⁰. El llegar a estar enfermo es un proceso social; implica una etiqueta social y es esta definición del estado de la persona la que le permite comportarse como un individuo enfermo. Este rótulo puede implicar el estigma: una construcción social que define a las personas en términos de una característica distintiva o marca, y devalúa a esa persona como consecuencia. Se produce cuando la sociedad etiqueta a alguien como contaminada, menos deseable o discapacitada. El estigma asociado con la enfermedad puede depender de factores tales como si una persona es responsable de la enfermedad y si la enfermedad conduce a una incapacidad relevante, la desfiguración, la falta de control o la alteración de las interacciones sociales. El estigma que se atribuye a factores controlables puede provocar una reacción más negativa que el atribuido a factores incontrolables. El estigma puede tener un efecto sobre diversos aspectos de la experiencia de la enfermedad, incluyendo la búsqueda de atención de salud, las pruebas diagnósticas y el acceso al tratamiento y otros servicios de apoyo. Las reacciones negativas pueden provenir de familiares, amigos, miembros de la comunidad o profesionales de la salud³¹.

Las amenazas a la integridad corporal, o a la supervivencia, originan miedos y ansiedad. Los pacientes con altos niveles de ansiedad tienen dificultad para tomar decisiones, y a veces estas se realizan en contra de sus propios intereses como un intento de reducir el miedo. Así puede rechazarse la cirugía, pedir el alta voluntaria del hospital o engañar al médico sobre temas importantes (por ejemplo, no mencionar un bulto en la mama). Igualmente puede producir

cambios de papeles en la familia, alteraciones en la comunicación, ira, culpabilidad, frustración, incapacidad y cambios de hábitos, incluidas alteraciones de la sexualidad³².

Además, la investigación médica convencional asume habitualmente que los efectos biológicos (específicos) y psicosociales (inespecíficos) son simplemente aditivos. Sin embargo, estos efectos interactúan³³, y en la relación estrés-enfermedad se hace énfasis en los factores físico-sociales que actúan como mediadores de la respuesta al estrés, y que pueden constituir factores de riesgo frente a la hostilidad del medio. Detrás de todo síntoma físico hay guardados sentimientos, temores, pensamientos y reacciones emocionales³⁴. Los procesos que inicialmente emergen desde lo orgánico pueden repercutir en la esfera psicológica como por ejemplo puede ocurrir en los traumatismos, las enfermedades endocrinas, las alteraciones funcionales, las enfermedades oncológicas, etc. Toda enfermedad es vivida como una doble agresión: a) interna, ligada a las alteraciones que ella determina, y b) externa, en relación con las exploraciones, los fármacos, las prohibiciones, los cuidados excesivos y todas las reglas y apremios que de ella se derivan.

El individuo existe en muchos niveles (o «dominios») de igual importancia. Dividir estos dominios en cuerpo y mente es lo más frecuente en la tradición occidental. Estos niveles no pueden ni ignorarse ni reducirse uno al otro en la intervención médica: lo psicológico no puede reducirse a lo biológico ni viceversa. Toda enfermedad debe verse como una mala función de un organismo total; por ejemplo, el cáncer no puede verse como una enfermedad de las células del mismo modo que un atasco de tráfico no es una enfermedad de los automóviles.

El modelo biopsicosocial (BPS) es un marco teórico que incorpora pensamientos, creencias, comportamientos, el contexto social y sus interacciones, junto con los procesos biológicos, para entender mejor y manejar la enfermedad y la discapacidad. En este modelo los procesos biológicos, psicológicos y sociales están integrados y son inseparables. Por ejemplo, los pensamientos y sentimientos no se pueden separar de los procesos biológicos que ocurren en el cerebro. Hay una fuerte evidencia sobre la importancia del modelo BPS para valorar la enfermedad y la discapacidad asociada con los problemas de salud crónicos. En este modelo se produce la falta de competencia primeramente a través de las creencias del paciente sobre su enfermedad y, en consecuencia, sobre las estrategias de afrontamiento, incluyendo el cumplimiento de los tratamientos y de los consejos, y en segundo lugar a través de sus reacciones emocionales, especialmente el temor y la depresión que tienen consecuencias catastróficas³⁵.

Todos los problemas de salud son BPS (e individuales, grupales y comunitarios a la vez). Los síntomas y los diagnósticos de la enfermedad simbolizan determinados aspectos psicosociales en las personas: invalidez, muerte, aislamiento social, angustia, rechazo cultural, etc. En las enfermedades de base «biológica u orgánica», las noxas psicosociales intervienen en su etiopatogenia, evolución y tratamiento, y pueden presentarse con frecuencia síntomas psicosociales. En las enfermedades de base «funcional o psicosocial» aparecen con frecuencia síntomas «somáticos» que acompañan a las manifestaciones psicosociopatológicas⁴. La enfermedad en

Tabla 4 Papel del médico de familia en los aspectos psicosociales de las enfermedades

Aspectos psicosociales de las enfermedades	Papel del médico de familia en la entrevista clínica	Papel del médico de familia en el diagnóstico	Papel del médico de familia en el tratamiento
Aspectos sociales	Contextualizar: primero el contexto, y luego los signos y síntomas o la enfermedad	Lo primero es lo psicosocial y luego se puede pasar a lo biológico	Tratamiento relevante: el tratamiento se aplica siempre al contexto. Una intervención resulta relevante en un ambiente si da lugar a efectos contextuales
Aspectos emocionales	Escuchar la información de tipo psicológico en la queja del paciente (incluidos los aspectos simbólicos del relato, por ejemplo, los que puedan estar relacionados con la utilización metafórica del síntoma) Comprender las reacciones que la enfermedad puede generar: ansiedad, culpabilidad y agresividad del paciente y de los familiares	El marco clínico comienza por las demandas psicosociales esperadas de un problema a través de sus distintas fases, patrones multigeneracionales, ciclos de vida individuales y familiares, y sistemas de creencias en la familia (incluidas las relativas a cultura, etnia, género)	Restaurar o reforzar la habilidad del paciente para afrontar por sí mismo sus problemas Comprender que todos los cambios tienen un impacto en el equilibrio familiar y en el paciente
Aspectos conductuales y cognitivos	Entrevista capacitadora: la creencia del médico de que cada persona tiene una habilidad innata para desarrollarse y crecer a pesar de las condiciones que puedan experimentar	El comportamiento individual se ve dentro del contexto en el que ocurre. La función y disfunción se definen de forma relativa según se ajuste al individuo, familia, contexto social y demandas psicológicas	Facilitar el desbloqueo de una situación, el cambio o el paso de un escenario a otro con nuevas perspectivas Cambiar el contexto de un comportamiento se considera frecuentemente el mejor modo de producir cambios individuales

Fuente: Elaboración propia.

todos los casos es una alteración o disfunción de las relaciones de comunicación entre actores y contextos (seres humanos, percepciones, ambientes, etc.)³⁶.

Conclusiones para la práctica clínica

Si definimos la salud y la enfermedad de acuerdo con el modelo BPS aceptamos 3 instancias: la persona enferma con la percepción y el sentimiento sobre su propia enfermedad; la enfermedad con sus efectos en el cuerpo, y el entorno sociocultural de ese individuo. Las representaciones de la salud y la enfermedad son culturalmente dependientes o «contexto-dependientes»; así, aun cuando hay puntos en común, las percepciones de los aspectos psicosociales pueden ser diferentes según los individuos, su ciclo vital, el curso de la enfermedad y su cultura^{6,37}. El modelo BPS representa una ventaja sobre el modelo biomédico, ya que engloba las complejas interacciones biológicas y psicosociales que explican la enfermedad humana o sus efectos.

Los síntomas somáticos de las enfermedades crónicas orgánicas, como pasaba en el caso del prostatismo de José, no explican suficientemente el grado en que se ve afectada la vida cotidiana del individuo (tabla 1). Se sugiere ver las consecuencias generales de la enfermedad física,

en lugar de la severidad de los síntomas mismos. Las discrepancias entre la «patología» y la «enfermedad» no se pueden explicar por los resultados biológicos o morfológicos, y por lo general se les considera más en relación con los factores psicosociales. Los síntomas psicosociales pueden influir más que las variables biológicas en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad crónica. El curso de la enfermedad está influido por los factores psicosociales que concurren. Así, la estructura familiar (estrés familiar, roles y relaciones, recursos familiares, etc.) afecta a las manifestaciones de enfermedad de sus miembros, y los patrones de «rol de enfermo» repercute en las familias; el cumplimiento terapéutico está más en relación con el factor relación médico-paciente (confianza, continuidad, etc.) y las influencias familiares, que con los factores biomédicos de la enfermedad, tipos y números de fármacos, dosis, duración, etc.; la severidad y el pronóstico de la enfermedad (especialmente crónica) pueden predecirse con más exactitud a partir de las pérdidas de los roles y actividades sociales y familiares que por la sintomatología³⁸⁻⁴⁰.

Por otra parte, los tratamientos convencionales de enfermedades graves pueden salvar al paciente, pero pueden causar daños irreparables en la unidad familiar, en las relaciones con el contexto, y en el nivel de actividad personal. Las tensiones psicosociales en una familia con un miembro que padece una enfermedad grave o crónica o que pone en

peligro la vida pueden rivalizar con las tensiones físicas en el paciente. Por otra parte, igualmente en la prescripción farmacológica, que es una de las facetas principales del médico de familia, es fundamental conocer los aspectos no farmacológicos de los medicamentos, como los efectos adversos no específicos (nocebo), el efecto placebo, y los aspectos éticos, que producen efectos sobre la salud, modifican el encuentro médico-paciente⁴¹.

En consecuencia, la atención a los factores psicosociales asociados con la enfermedad tiene consecuencias sobre el bienestar psicosocial y la calidad de vida, y las intervenciones BPS deben incorporarse cada vez más a la atención médica de rutina. Las familias de los pacientes con enfermedades crónicas tienden a estar más deprimidas y tienen más probabilidades de tener otros síntomas psicológicos. Los médicos deben ser conscientes de esta morbilidad psicosocial oculta de los pacientes y cuidadores⁷, y generar estrategias en la entrevista clínica, diagnóstico y tratamiento que le permitan hacer frente en la práctica clínica habitual a este desafío de «lo esencial invisible» que significan los aspectos psicosociales de los síntomas y las enfermedades en la consulta de medicina de familia (tabla 4)⁴²⁻⁴⁴. Así, es importante intentar reducir el nivel de ansiedad antes de enfrentar al paciente con la necesidad del cambio: tranquilizando, aumentando la autoestima, apoyándose en la familia, dando tiempo para que se expresen los miedos y ofreciendo oportunidades para preguntar. Se debe recordar que la situación familiar puede ser disfuncional bajo unas circunstancias y adaptativa en otras (la causalidad es circular más que lineal). Y el tratamiento debe de ser integral, no limitándose a la entrega de una receta; el médico debe saber comunicar, entender la angustia familiar y respetarla. Igualmente, sería recomendable la realización de un cribado rutinario, estandarizado y con una frecuencia determinada para los factores psicosociales en los pacientes con enfermedad crónica y sus cuidadores. El tener en cuenta los aspectos psicosociales de las enfermedades dentro de marco de asistencia BPS aporta elementos específicos, propios y diferenciadores de la medicina de familia, dando sentido y valor exclusivo a la especialidad frente a otros profesionales médicos⁴⁵.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Nyamukapa CA, Gregson S, Lopman S, Saito S, Watts HJ, Monasch R, et al. HIV-associated orphanhood and children's psychosocial distress: theoretical framework tested with data from Zimbabwe. *Am J Public Health*. 2008;98:133-41, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18048777>.
2. Turkel S, Pao M. Late consequences of chronic pediatric illness. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30:819-35, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17938047>.
3. Vivar CG. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Aten Primaria*. 2012;44:288-92, <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/impacto-psicosocial-cancer-mama-etapa-larga-supervivencia-90132525-articulo-especial-2012>.
4. Turabian JL, Perez Franco B. El médico con tres cabezas. *Aten Primaria*. 2006;38:570-3, <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/el-medico-tres-cabezas-13095929-reflexiones-medicina-familia-2006>.
5. Chilcot J. The importance of illness perception in end-stage renal disease: associations with psychosocial and clinical outcomes. *Semin Dial*. 2012;25:59-64, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21967476>.
6. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*. 2007;58:565-92, <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615?journalCode=psych>.
7. Turner J, Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West J Med*. 2000;172:124-8, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070773/>.
8. Frostholm L, Fink P, Christensen KS, Toft T, Oernboel E, Olesen F, et al. The patients' illness perceptions and the use of primary health care. *Psychosom Med*. 2005;67:997-1005, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16314606>.
9. Kilkovac T, Djurdjevic A. Psychological aspects of the cancer patients' education: thoughts, feelings, behavior and body reactions of patients faced with diagnosis of cancer. *J BUON*. 2010;15:153-6, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20414944>.
10. Lewis-Jones S. Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. *Int J Clin Pract*. 2006;60:984-92, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16893440>.
11. Sontag S. *Illness as metaphor. AIDS and its metaphors*. London: Penguin Books; 1991.
12. Pappas G, Kiriakou IJ, Giannakis P, Falagas ME. Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clin Microbiol Infect*. 2009;15:743-7, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19754730>.
13. Moser G. Psychosomatic aspects of bowel diseases. *Z Psychosom Med Psychother*. 2006;52:112-26, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16790162>.
14. Moore IS. «The beast within»: life with an invisible chronic illness. *Qualitative Inquiry*. 2013;19:201-8, <http://qix.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/3/201?etoc>.
15. Yaqub F. My altered self: cancer. *The Lancet*. 2013;381:106, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60035-5/fulltext?elsca1=ETOC-LANCET&elsca2=email&elsca3=E24A35F](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60035-5/fulltext?elsca1=ETOC-LANCET&elsca2=email&elsca3=E24A35F).
16. Johnson JL, Campbell AC, Bowers B, Nichol A-M. Understanding the social consequences of chronic obstructive pulmonary disease. The effects of stigma and gender. *Proc Am Thorac Soc*. 2007;4:680-2, <http://pats.atsjournals.org/content/4/8/680.full>.
17. Turner Katrina M, Chris Salisbury, Shield Julian PH. Parents' views and experiences of childhood obesity management in

- primary care: a qualitative study. *Fam Pract.* 2011;29:476–81, <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/29/4/476?etoc>.
18. Fenwick E, Rees G, Pesudovs K, Dirani M, Kawasaki R, Wong TY, et al. Social and emotional impact of diabetic retinopathy: a review. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2012;40:27–38, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21575125>.
 19. Cedraschi C, Saya L, Klein P, Bordet M, Carrat F. Representations of influenza-like illness in the community—a qualitative study. *BMC Family Practice.* 2013;14:15, <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/15/Abstract>.
 20. Miller ER, McNally S, Wallace J, Schlichthorst M. The ongoing impacts of hepatitis c—a systematic narrative review of the literature. *BMC Public Health.* 2012;12:672, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/672/abstract>.
 21. Nakhutina L, Gonzalez JS, Margolis SA, Spada A, Grant A. Adherence to antiepileptic drugs and beliefs about medication among predominantly ethnic minority patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2011;22:584–6, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21907627>.
 22. Werwick K, Reed MG, Adolf D, Herrmann K, Herrmann M. Knowledge and attitudes of GPs in saxony-anhalt concerning the psychological aspects of bronchial asthma: a questionnaire study. *BioPsychoSocial Medicine.* 2010;4:23, <http://www.bpsmedicine.com/content/4/1/23/abstract/>.
 23. Lutze U, Archenholtz B. The impact of arthritis on daily life with the patient perspective in focus. *Scand J Caring Sci.* 2007;21:64–70, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17428216>.
 24. Kitzmüller G, Häggström T, Asplund K. Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. *Med Health Care Philos.* 2013;16:19–29, <http://springer.r.delivery.net/r/r?2.1.Ee.2Tp.XARlh.C538Ci.T.ZZ%5fA.40fl.bW89MQ%5f%5fCGOIFKA0>.
 25. Hajjaj FM, Salek MS, Basra MKA, Finlay AY. Nonclinical influences, beyond diagnosis and severity, on clinical decision making in dermatology: understanding the gap between guidelines and practice. *Br J Dermatol.* 2010;163:789–99, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.2010.09868.x/abstract>.
 26. Gilmour J, Williams J. Type D personality (the combination of negative affect and social inhibition) is associated with poor prognosis in cardiac patients. *J Health Psychol.* 2012;17:471–8, <http://hpq.sagepub.com/content/17/4/471.abstract?etoc>.
 27. Corrigan PW, Sokol KA, Rüschi N. The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Comm Mental Health J.* 2013;49:1–6, <http://springer.r.delivery.net/r/r?2.1.Ee.2Tp.XARlh.C4xy62.T.Zle%5f.3%2ayk.bW89MQ%5f%5fCVBQFOC0>.
 28. Kayali T, Iqbal F. Depression as unhomelike being-in-the-world? Phenomenology's challenge to our understanding of illness. *Med Health Care Philos.* 2013;16:31–9, <http://springer.r.delivery.net/r/r?2.1.Ee.2Tp.XARlh.C538Ci.T.ZZ%5fG.40fl.bW89MQ%5f%5fCHCEFKG0>.
 29. Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, Aro AR. Illness perceptions in coronary heart disease. Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *J Psychosom Res.* 2005;58:393–402, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16026654>.
 30. Helman C. *Culture, Health and Illness.* Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.; 1984.
 31. Johson JL, Bowers B, Nichol A-M. Understanding the social consequences of chronic obstructive pulmonary disease. The effects of stigma and gender. *Proc Am Thorac Soc.* 2007;4:680–2, <http://pats.atsjournals.org/content/4/8/680.full>.
 32. Markus AC, Murray Parkes C, Tomson P, Johnston M. *Psychological problems in general practice.* Oxford: Oxford University Press; 1991.
 33. Gardiner P, Riley DA. De la herboristería a la homeopatía. Productos medicinales para niños. *Clin Pediatr Norteam.* 2007;54:1129–45, http://www.clinicasdenorteamerica.com/clinicas/ctl_servlet?_f=3&pid=13131617.
 34. Turabián JL, Pérez Franco B. Los síntomas en medicina de familia no son síntomas de enfermedad, sino síntomas de vida. *Aten Primaria.* 2012;44:232–6, <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/los-sintomas-medicina-familia-no-son-sintomas-90119927-articulo-especial-2012>.
 35. White P. *Biopsychosocial medicine. An integrated approach to understanding illness.* New York: Oxford University Press; 2005.
 36. Turabián JL, Pérez Franco B. Grandes misterios: ¿Puedes ver el monstruo del lago Ness?: El modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias. *Aten Primaria.* 2007;39:261–4, <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/grandes-misterios-puedes-ver-al-monstruo-lago-13101801-reflexiones-medicina-familia-2007>.
 37. Pace CS, Velotti P, Zavattini JC. Representations of health and illness by Eastern European, South American and Italian care workers: a qualitative study. *J Health Psychol.* 2012;17:490–9, <http://hpq.sagepub.com/content/17/4/490.abstract?etoc>.
 38. Glattacker M, Heyduck K, Meffert C. Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short and middle term outcome in depression. *J Health Psychol.* 2013;18:139–52, <http://hpq.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/1/139?etoc>.
 39. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El modelo biopsicosocial y el «mercado de limones». *Aten Primaria.* 2007;39:329–30, <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/el-modelo-biopsicosocial-mercado-limones-13106293-cartas-al-director-2007>.
 40. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. ¿Se parecen los médicos de familia a las tortugas marinas? *SEMERGEN.* 2008;34:373–4, <http://www.elsevier.es/es/revistas/semergen-medicina-general-familia-40/se-parecen-los-medicos-familia-las-tortugas-13127213-editoriales-2008>.
 41. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Aspectos no farmacológicos de las medicaciones. *SEMERGEN.* 2011;37:246–51, <http://www.elsevier.es/es/revistas/semergen-medicina-general-familia-40/aspectos-no-farmacologicos-las-medicaciones-90014970-formacion-continuada-2011>.
 42. Sell Salazar F. Aspectos psicosociales de la epilepsia infantil. *Medicina (B. Aires).* 2009;69:Supl 1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Versión On-line. Disponible en: http://www.scielo.org.a/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000200002 [consultado 8 Jul 2012].
 43. Armstrong N, James V, Dixon-Woods M. The role of primary care professionals in women's experiences of cervical cancer screening: a qualitative study. *Fam Pract.* 2011;29:462–6, <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/29/4/462?etoc>.
 44. Turner KM, Salisbury C, Shield JPH. Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study. *Fam Pract.* 2011;29:476–81, <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/29/4/476?etoc>.
 45. Turabián JL, Pérez Franco B. Sesiones clínicas de medicina de familia: «haberlas, haylas». *Aten Primaria.* 2010;42:588–90, <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/sesiones-clinicas-medicina-familia-haberlas-haylas-13188677-editorial-2010>.