

*Enrique de Mestral.
Andrés Szwako P.*

Manual de Medicina Familiar

EFACIM

Editorial de la Facultad de Ciencias Medicas
Universidad Nacional de Asunción

Paraguay - 2018

Manual de Medicina Familiar

Andrés Szwako
aszwako@gmail.com

Enrique de Mestral
enrique.de.mestral@gmail.com



Universidad Nacional de Asunción

2018 - Asunción, Paraguay

Diseño y Diagramación: **Marben Editora & Gráfica S.A.**

Impreso en Paraguay

Reconocimientos

**A los invitados que colaboraron en este trabajo. A los
médicos de familia latinoamericanos.**

**A nuestros pacientes. A la Sociedad Paraguaya de
Medicina Familiar.**

A nuestras familias.

Referencias curriculares de los autores

Prof. Dr. Enrique de Mestral

- Doctorado en la Universidad de Lausanne, Suiza.
- Profesor de Medicina Familiar y Semiología Médica. FCM - UNA
- Especialista en Medicina Interna, Bioética, Medicina Familiar y Geriatría.
- Ex director interino de la Escuela de Postgrado. FCM – UNA.
- Miembro de la Academia de Medicina del Paraguay

Prof. Dr. Andrés Szwako

- Especialista en Medicina Familiar y Bioética.
- Profesor de Medicina Familiar. FCM - UNA.
- Profesor de Ética Médica. FCM – UNA
- Miembro de la Academia de Medicina del Paraguay
- Jefe de Cátedra de Medicina Familiar. FCM - UNA
- Docente del Curso de Postgrado IPS - UCA.
- Magister en Educación Médica Superior. FCM – UNA
- Magister en Gestión y Administración Hospitalaria
- Magister en Medicina Familiar
- Ex-Presidente de la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar

Referencias curriculares de los autores de capítulos

Prof. Dr. Julio Ceitlin (Argentina)

- Especialista en Medicina Familiar
- Profesor emérito de Medicina Familiar Universidad de Buenos Aires (UBA)

Prof. Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega (Mexico)

- Especialista en Medicina Familiar
- Maestría en Administración en Sistemas de Salud
- Profesor de Tiempo Completo en la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ex Jefe del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Mexico
- Coordinador Ejecutivo de la WONCA- Iberoamérica- CIMF (2016-2018).
- Expresidente del Colegio Mexicano de Certificación en Medicina Familiar y del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar.

Prof. Dra. Jacqueline Beatriz Roo Prato (Mexico/Venezuela)

- Especialista en Medicina Familiar, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
- Certificada como especialista en Medicina Familiar por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar
- Especialista en Terapia Familiar Médica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
- Especialidad En Terapia De Pareja, Instituto de la Familia, A.C. (IFAC) y Terapia Familiar Sistémica, en la Universidad de Massachusetts, Estados Unidos.
- Profesora Honoraria del Curso de Alta Especialidad en Terapia Familiar Médica de la UNAM / ISSSTE

Dr. Thomas Meollo (Costa Rica)

- Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Presidente Asociación de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica. 2015-2018.
- Director Ejecutivo Electo CIMF 2018-2020.

Dr. Sebastián Fuentes (Chile)

- Especialista en Medicina Familiar. Universidad de Valparaiso
- Magister de Salud Pública. Universidad de Valparaiso
- Docente del Dpto de Humanidades Medicas y Medicina Familiar. Universidad de Valparaiso
- Coordinador de Grupo de Trabajo Espiritualidad y Salud de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar
- Co-coordinador del Grupo de Trabajo Espiritualidad y Salud del CIMF

Prof. Dr. Humberto Jure (Argentina)

- Especialista en Medicina Familiar
- Magister en Salud Pública
- Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina del Trabajo
- Profesor titular de Medicina Familiar de la Universidad Nacional del Nordeste
- Profesor adjunto de Medicina Familiar en la Universidad Nacional de Córdoba y en la Universidad Nacional de Villa María
- Ex director del Programa Materno Infantil de la Provincia de Córdoba; Director del INSSJP-PAMI (Sgo. del Estero)
- Subsecretario de Salud de la Nación y subsecretario de Salud de la Municipalidad de Córdoba.
- Ex presidente de la Federación Argentina de Medicina General y Familiar
- Secretario de Relaciones Institucionales de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, y Secretario de Salud de la Municipalidad de Villa María.

Dr. Fernando Coppelillo (Argentina)

- Especialista en Medicina Familiar
- Docente adscripto Facultad de Medicina UBA
- Presidente Federación Argentina de Medicina Familiar y General 2015-2017
- Vice Presidente Cono Sur WONCA Iberoamericana CIMF 2014-2017
- Secretario del Dpto de Medicina Familiar Facultad de Medicina UBA

Dr. Raúl Urquiza (Argentina)

- Especialista en Medicina Familiar
- Secretario del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Buenos Aires. Argentina
- Ex Presidente de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General
- Ex Vicepresidente Wonca Iberoamericana CIMF Región Cono Sur

Prof. Dra. Inez Padula (Brasil)

- Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- Profesora Adjunta del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad del Estado de Rio de Janeiro/UERJ
- Coordinadora Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria/UERJ
- Doctorado en Salud Publica-IMS/UERJ
- Especialista en Terapia Familiar
- Presidenta de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar-CIMF/WONCA 2013-18

Prof. Dra. Cinthia Camacho

- Especialista en Medicina Familiar.
- Ex residente del Hospital de Clínicas, FCM UNA
- Coordinadora de Carrera FCM UNA Filial Santa Rosa del Aguaray
- Profesora de Medicina Familiar FCM- UNA
- Auxiliar de la Enseñanza Socioantropología y Medicina de la Comunidad, FCM –UNA Filial Santa Rosa del Aguaray

Prof. Dra. Miriam Riveros Ríos

- Especialista en Medicina Familiar
- Ex residente del Hospital de Clínicas, FCM UNA
- Especialista en Nutrición Clínica
- Especialista en Cuidados Paliativos y Geriatría
- Docente de la Cátedra de Medicina Familiar FCM - UNA
- Médico de la Unidad de Cuidados Paliativos-Servicio de Oncología FCM- UNA

Dr. Federico Vera

- Especialista en Medicina Familiar
- Ex residente del Hospital de Clínicas, FCM UNA
- Auxiliar de la Enseñanza Medicina Familiar FCM – UNA

Dra. Fatima Gonzalez

- Especialista en Medicina Familiar
- Ex residente del Hospital de Clínicas, FCM UNA
- Especialista en Medicina Laboral
- Especialista en Didáctica de la Educación Superior. Rectorado-UNA
- Auxiliar de la Enseñanza Medicina Familiar FCM – UNA
- Diplomado en Atención Primaria de Salud. CIRLD-UNCA

Dra. Noemí García

- Especialista en Medicina Familiar
- Ex residente del Centro Médico Bautista
- Docente del Curso de Postgrado INS – MSP
- Docente del Curso de Postgrado IPS – UCA

Dra. Diana Yuruhan

- Especialista en Medicina Familiar – Medicina Interna
- Ex residente del Centro Médico Bautista
- Magister en Medicina Familiar
- Magister en Gestión y Administración Hospitalaria
- Coordinadora del Curso de Postgrado de Medicina Familiar IPS – UCA
- Ex-Presidente de la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar

Dra. Elena de Mestral de Giménez

- Especialista en Geriatría y Cuidados Paliativos
- Docente de la Cátedra de Bioética FCM - UNA

Dra. Juana Pavón

- Especialista en Medicina Familiar. Auxiliar de la Docencia.
- Ex residente del Hospital de Clínicas, FCM UNA
- Cátedra de Medicina Familiar. FCM – UNA

Dra. María del Mar Larrosa

- Especialista en Medicina Familiar
- Ex residente del Instituto de Previsión Social, FCS UCA
- Docente de Medicina Familiar Uninorte

Dr. David Ortiz

- Especialista en Medicina Familiar.
- Ex residente de Medicina Familiar del Hospital de Eglin, EEUU
- Ex Profesor Asistente del Dpto de Medicina Familiar de la Universidad de Texas – EUU
- Ex- vice Director del Programa de Residencia en Medicina Familiar del Hospital Christus Santa Rosa, San Antonio, Texas
- Docente del Postgrado de Medicina Familiar del Centro Medico Bautista

Dra. Hee Jung Kang

- Especialista en Medicina Familiar.
- Ex residente del Hospital de Clinicas, FCM UNA
- Auxiliar de la Docencia. Cátedra de Medicina Familiar. FCM – UNA.
- Auxiliar de la Docencia. Cátedra de Semiología Médica. FCM – UNA.

INDICE

1) Historia de la Medicina Familiar.....	21
Dr. Federico Vera	
2) La Universidad y la Medicina Familiar.....	24
Dr. Enrique de Mestral	
3) La Especialidad de Medicina Familiar	30
Dr. Andrés Szwako	
4) La Persona y la familia.....	39
Dr. Enrique de Mestral	
5) Medicina centrada en el Paciente	46
Dr. Julio Ceitlin	
6) La prevención y la promoción en Medicina Familiar.	64
Dr. Andrés Szwako	
7) Prevención Cuaternaria	73
Dr. Fernando Coppelillo	
8) Desprescripción	79
Dr. David Ortiz	
9) Factores de riesgo.....	84
Dr. Enrique de Mestral	
10) Modelo Biopsicosocial.....	88
Dr. Andrés Szwako	
11) Genograma o Familiograma.....	93
Dra. Juana Pavón	
12) La funcionalidad familiar y su medición	100
Dra. María del Mar Larrosa	
13) Manejo de crisis familiares.....	108
Dr. Andrés Szwako	
14) Ciclos vitales.....	112
Dra. Miriam Riveros Ríos	
15) Evaluación del stress.....	128
Dr. Federico Vera	

16) Cuidados espirituales en Medicina.....	137
Dr. Sebastián Fuentes	
17) Historia clínica orientada al Problema	150
Dr. Andrés Szwako	
18) Otros instrumentos de la Medicina Familiar.....	155
Dr. Andrés Szwako	
19) Teoría de la Comunicación	160
Dr. Andrés Szwako	
20) La entrevista Médica	168
Dr. Enrique de Mestral	
21) El Paciente Difícil.....	170
Dra. Noemí García	
22) Comunicación de malas noticias.....	178
Dr. Andrés Szwako	
23) Medicina basada en evidencia	189
Dra. Diana Yuruhan	
24) Recursos Médicos en Internet	193
Dr. Andrés Szwako	
25) Toma de decisiones en Medicina Familiar	201
Dr. Andrés Szwako – Dr. Enrique de Mestral	
26) Competencias del Médico de Familia y Comunidad en el Escenario Hospitalario	211
Dr. Thomas Meollo	
27) Gestión de salud y Medicina Familiar	216
Dr. Humberto Jure	
28) Gestión del tiempo de la consulta	220
Dr. Raúl Urquiza	
29) Calidad de la Atención en Medicina Familiar.....	225
Dres. Miguel Ángel Fernández Ortega Jacqueline Beatriz Roo Prato	
30) Educación para la salud y cambios de hábitos.....	235
Dra. Miriam Riveros Ríos	
31) Educación para la salud basada en la comunidad.....	244
Dra. Cinthia Camacho Santa Cruz	
32) Educación del riesgo de salud familiar	248
Dra. Miriam Riveros Ríos	

33) Indicadores de Salud.	253
Dra. Juana E. Pavón Fleitas	
34) Problemas frecuentes en la adolescencia.	258
Dra. Cinthia Camacho Santa Cruz	
35) Atención Integral del Adulto Mayor	261
Dr. Enrique de Mestral	
36) La familia y el paciente terminal	265
Dra. Elena de Mestral	
37) Atención Primaria de Salud - APS	272
Dr. Andrés Szwako	
38) APS y la participación de la comunidad	280
Dra. Fátima González	
39) Epidemiología y APS.	286
Dra. Miriam Riveros Ríos	
40) Formación de Médicos y Renovación de la APS.....	294
Dra. Hee Jung Kang	
41) Territorialización en APS	300
Dra. Fátima González	
42) Herramientas en APS	304
Dra. Fátima González	
43) Investigación en Medicina Familiar y APS.....	307
Dr. Andrés Szwako	
44) Adicciones frecuentes en APS.....	311
Dra. Hee Jung Kang	
45) Violencia domestica	320
Dra. Hee Jung Kang	

Prólogo de la Edición 2008

Este momento histórico que vive el país, coincide con grandes cambios, en todos los niveles de la vida en el Paraguay, y el sector salud no escapa a esta realidad. Como Presidente de la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar, tengo la oportunidad de escribir el prólogo de una obra que representa un hito dentro de la medicina en el Paraguay, habiendo transcurrido 17 años del inicio de la especialidad de la mano del Dr. Wesley Schmidt.

Contar con el primer manual sobre la especialidad es un paso gigantesco para que los estudiantes y colegas conozcan sobre la especialidad. Está escrito de una manera sencilla y comprensible para todos, será un material para hacerse una idea clara de lo que significa el Médico de Familia, y será un paso más para impulsar la reforma de la educación médica en las universidades. Con esta obra la Medicina Familiar en el Paraguay, levanta su propio vuelo, impulsado por colegas idealistas, que creen, que la salud es un derecho de todo paraguayo, así como reza nuestra Carta Magna.

Estademostrado, en el mundo entero, que solo un sistema basado en la Atención Primaria puede cumplir con el objetivo del acceso universal a la salud, integrado, con equidad y participación ciudadana, y así mejorar la calidad de vida de nuestros compatriotas.

Las oportunidades se dan por coincidencia, pero más por la persistencia en el trabajo, el lanzamiento de este manual coincide con la organización del III Congreso Nacional de Medicina Familiar, la II Jornada Nacional de Médicos Residentes del país, y también con la organización del I Congreso Nacional de Enfermería de Atención Primaria.

Coincide además con el programa de gobierno que se inicia este año, cuyas bases filosóficas son la salud como derecho. Por lo tanto, todo ciudadano tiene derecho al acceso a la salud, sin que existan ninguna barrera restrictiva que la impida, sean éstas geográficas (distancia), maltrato a los pacientes de parte de los funcionarios de la salud, y lo más importante, el factor económico, como ocurre actualmente. En nuestro país el gasto de bolsillo en salud es muy elevado. Otros derechos como la universalidad e integralidad en equidad, son los pilares del nuevo proyecto, que fue adoptado por el nuevo gobierno. Este sistema está basado en la implementación de la atención primaria, teniendo como perfil al médico de familia, quien debe tener una buena base de formación en pregrado, residencias, postgrado y con una educación médica continua.

Esto hace que vivamos un momento histórico, y todos debemos alentar y apoyar esta iniciativa, para que el ideal de visión cero a las muertes infantiles y maternas, indiferencia cero a los accidentes de tránsito, visión cero a las muertes prevenibles, con los programas de prevención y promoción de la salud, y otros aspectos que hacen a la calidad de vida de nuestros compatriotas.

Agradezco el honor de hacer el prologo de este manual que tiene varias virtudes entre ellas la de ser el primer material de este tipo, y de aclarar muchos conceptos para los estudiantes y colegas. Y como otro componente, es el principio de la formación de una camada de colegas jóvenes, que a corto plazo, serán los docentes e investigadores de esta disciplina.

Felicito al Profesor Enrique de Mestral y sus colaboradores que están haciendo un trabajo encomiable para impulsar la especialidad.

Dr. Nicolás Tanaka Hoshiba

Pte. Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar 2006-2008

Prólogo de la Edición 2018

Hace cuarenta años, representantes de muchas naciones se reunieron en la antigua Unión Soviética, precisamente en Kazajistan y establecieron pautas referentes a la Atención Primaria de la Salud, con la finalidad de lograr una salud para todos en este segundo milenio. Entendieron que la estrategia de Atención Primaria aplicada en las Naciones llevaría a una cobertura universal en Salud y esta sería integral e integrada. Esta meta aun no se logró, si bien hubo muchos avances.

En este contexto surge la figura del Médico de Familia con un rol muy importante para desarrollar la estrategia mencionada. Surge la especialidad de Medicina Familiar, con un enfoque biopsicosocial en la atención del paciente al que posteriormente se añadiría el concepto de comunidad.

Nuestro país no se mostró ajeno a estas inquietudes y surge tímidamente la especialidad allá por el año 1985. En noviembre de 1990 se funda la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar, vigente hasta la fecha.

La Residencia de la especialidad ha llevado a varios, a involucrarse cada vez más con la misma y fomentado en algunos el espíritu docente y de investigación que juntos con la actividad clínica asistencial hacen a una especialidad.

Una de estas personas es el Dr. Andrés Szwako, quien con el impulso de su juventud y entusiasmo tomó la decisión en relación a estos tres aspectos de la vida profesional y junto al Dr. Enrique de Mestral decidieron poner en nuestras manos un instrumento que nos brinde los conceptos básicos de la Medicina Familiar. Este texto que de la mano nos lleva a entender los principios básicos de la especialidad como su aplicación a la práctica clínica, se merece todo nuestro elogio y apoyo, no solo por el rigor científico con el que fuera escrito, sino por la forma muy amena que nos acerca a la especialidad, que muchos amamos.

Esta tercera revisión ampliada es una muestra de la repercusión que el material ha tenido en el ámbito médico.

En estos momentos de mi actividad profesional, es un inmenso honor poder escribir estas líneas de presentación, no sin antes manifestar el deseo de los mejores éxitos a sus autores.

“La lección más difícil de aprender, es que aprender es un proceso continuo...”(David Gerrold).

Dr. Med. Juan Alberto GiménezCausarano
Pte.SociedadParaguaya de Medicina Familiar 2017-2019

Historia de la Medicina Familiar

Dr. Federico Vera

La Medicina Familiar es la única especialidad que no ha surgido del progreso de las ciencias Médicas y tecnológicas, la misma surgió ante la necesidad social de las Comunidades y del Estado.

La Medicina Familiar tiene sus orígenes en la medicina general, la que apareció y tomo auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX. El siglo XIX en América y Europa se había constituido en la era de la medicina general, la era del médico generalista, el mismo era un personaje conocedor de la comunidad, un líder en todos los sentidos, cada familia tenía su médico y usualmente el mismo médico para todos los miembros de la misma.

El informe Flexner es un estudio de longitud del libro de la educación médica en los Estados Unidos y Canadá, escrito por Abraham Flexner y publicado en 1910; aquí es donde la medicina familiar pierde su espacio porque la enseñanza de la medicina se orientó a las especialidades, luego de dicho informe la medicina se enfoca al individuo en sistemas, aparatos u órganos y se ignora la dimensión sicosocial del mismo. Empieza entonces a darse un fenómeno global de aumento en el número de especialistas. Por ejemplo, en Europa se observó una rápida inversión en relación de Generalistas/Especialistas, mantenida en 80/20 durante el siglo XX, para convertirse en una relación 20/80 durante los primeros 50 años del siglo XX.

Existen dos reportes muy importantes que en el contexto internacional se consideran como fundamentales en el proceso de desarrollo de la Medicina Familiar; en 1966 la Comisión Millis llama la atención sobre la fragmentación de la atención a la salud y paralelamente otro comité de carácter académico, el **Committe on education for Family Practice** establece en 1969 como debería formarse este nuevo especialista al que denomino "Médico de Familia". Con base en estos reportes se comienzan a formar los primeros colegios y las primeras asociaciones académicas en Medicina Familiar.

Los tres elementos que constituyen la base del reconocimiento de esta especialidad son: 1) La introducción de departamentos de medicina familiar en virtualmente todas las facultades de medicina, con participación activa en el currículo de pre-grado con programas de residencia de tres años en el post-grado; 2) Un "Board" o colegio de certificación que establece criterios de calidad en todos los programas de formación;

3) Recertificación obligatoria por examen y evaluación de los médicos de familia cada 7 años.

En 1969, en Estados Unidos se reconoce la Medicina Familiar como residencia, la vigésima especialidad médica estadounidense y se crearon programas educativos de posgrado. A partir de 1970 comenzó la aplicación de la formación posgraduada de la Medicina Familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela.

En 1972, en Chicago en la cuarta conferencia mundial de médicos generales, se estableció la WONCA "Organización Mundial de colegios, academias y asociaciones generales/ Médicos de Familia", que es la organización internacional que reúne las universidades, academias y asociaciones interesadas en la práctica de la medicina general y de familias.

En la actualidad WONCA cuenta con 120 organizaciones de 99 países y suma más de 250.000 médicos generales/médicos de familia.

En España, un decreto real en 1978 creó con una resolución la especialidad de medicina familiar, "El Médico de Familia constituye la figura fundamental del sistema de salud". En Cuba el médico generalista tuvo una evolución rápida con fuerte apoyo del gobierno de la revolución, y actualmente todo cubano cuenta con acceso a un médico de familia.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) de Alma Ata realizada en 1978, fue el evento de políticas de salud internacional más importante de la década de los setenta organizada por la OMS/OPS y UNICEF. En esta conferencia participaron 140 países, en la que se aprobó la estrategia de atención primaria como la indicada para alcanzar la Salud para Todos. A partir de este momento la medicina familiar es la especialidad médica efectora de la APS.

En el contexto Latinoamericano y del Caribe se crea, en el año 1981, el entonces denominado Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), el mismo cambio de denominación en 1996 a Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar manteniendo las siglas.

Historia de la Medicina Familiar en Paraguay

La Medicina Familiar en Paraguay tiene aproximadamente 35 años, el cual se inicia en el año 1981 en el Hospital Bautista de Asunción, donde se inició un proceso de transformar su internado en una residencia de Medicina Familiar con las características del modelo Americano.

En el 2001 se inicia el programa de residencia en Medicina Familiar en el Hospital de Clínicas dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA), que por casi 100 años había sido la única entidad formadora de médicos del Paraguay.

El Instituto de Previsión Social (IPS) en el año 2006 inicia el programa de residencia de Medicina Familiar con 20 residentes por año y se convierte así en el programa de formación de especialistas en Medicina Familiar más grande del Paraguay.

El Sanatorio Adventista de Asunción (SAA), inicio su programa en 2010, otorga 4 plazas por año para residentes de medicina familiar, tuvo a la FCM-UNA como entidad encargada de la titulación de sus médicos especialistas hasta el 2018, actualmente la titulación es por parte de la Universidad Centro Médico Bautista (UCMB).

A partir del año 2018 el Hospital Militar Central (HMC), otorga 10 plazas por año para la formación de médicos residentes de medicina familiar, teniendo a la FCM-UNA como efectora de títulos de especialistas.

La Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar (SPMF), se fundó el 16 de noviembre del año 1990 la cual promueve la jerarquización de la medicina general, capacitación y actualización permanente de los médicos que forman parte de la misma y fomenta el estudio de la especialidad de Medicina Familiar.

Es importante destacar al movimiento WAYNAKAY, el cual fue fundado en mayo del 2010 y lo conforman médicos residentes y jóvenes médicos familiares de hasta 5 años de egresados el cual está representado por Waynakay Mbarete Paraguay en la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar.

Después de haber recopilado estos datos con respecto a la historia de la Medicina Familiar podemos resumir que es la especialidad médica que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia, la misma incluye el manejo del paciente en la salud y en la enfermedad, una relación especial con el enfermo y con la familia, y un enfoque integral del cuidado de la salud. La Medicina Familiar es la continuación y actualización del histórico médico de cabecera.

Bibliografía

1. Odalys Rivero Canto y Col. Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. Historical Background of Family Medicine. Rev MEDIC-IEGO 2010; 16(2) disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_02_10/pdf/t16.pdf
2. Silvia Landgrave Ibáñez. La biblioteca de medicina familiar "Dr. José Laguna García" bibl. univ., nueva época, enero-junio 2004, VOL. 7, No. 1, P. 60-67 Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Bibliotecauniversitaria/2004/vol7/no1/7.pdf>
3. Dominguez del Olmo. La Medicina Familiar en Mexico y el Mundo Rev Archivos en Medicina Familiar 2003;5 (4):136-239 disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_MF_61-64.pdf
4. Andrés Szwako Pawlowicz. Desarrollo de la medicina familiar en Paraguay. Rev Medwave 2013 Ene/Feb;13(1):e5612 Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5612>
5. De Mestral E., Szwako A. Manual de Medicina Familiar. Asunción: EFACIM, 2012 Pag 19-20.

CAPÍTULO II

La Universidad y la Medicina Familiar

Dr. Enrique de Mestral

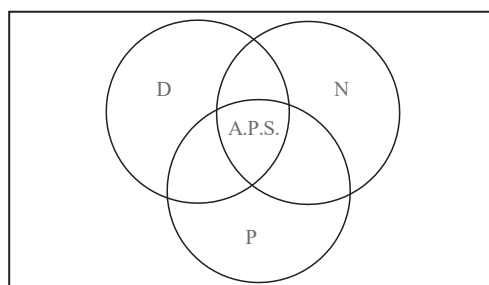
Introducción

Cualquier sistema de salud persigue dos grandes objetivos: el primero es optimizar la salud de la población empleando el mejor y más avanzado conocimiento disponible, el segundo es minimizar las disparidades asegurando igual acceso a los beneficios para todos. Los profesionales de la salud estamos asistiendo a un aumento de los niveles de inequidad social. Las barreras en el acceso a la atención primaria de salud (APS) tendrá un mayor impacto en la población más vulnerable, que es la que está socioeconómicamente en desventaja y aumentando por lo tanto la disparidad en el estado de salud entre los más ricos y los más pobres.

El concepto de prioridad en salud en nuestro medio está mal interpretado. La prioridad debe ser cubrir lo básico para toda la población y no privilegiar a un sexo, edad y ciclo vital que está siendo atravesado por el paciente. La sonda urinaria para resolver un problema de retención aguda de orina en un anciano es tan prioritario como la contención psicoterapéutica de un adolescente violento o de una mujer que está por dar a luz.

La universalización de la salud de la familia con equidad (minimizando las disparidades), integralidad y calidad son los propósitos del sistema de servicios orientados a la atención primaria de salud. La atención de la salud mental, siendo una de las dimensiones de la persona, debe ser incorporada a la APS. Esto debe constituirse en política nacional de atención básica.

La APS utiliza métodos prácticos y científicamente sólidos. Promueve la equidad y debe constituirse en política de estado utilizando recursos financieros regulares. La APS es el puente entre lo académico y la política.



En el gráfico vemos el espectro de cobertura de la APS, entre las demandas (D), las necesidades (N) y las posibilidades (P).

Si bien los especialistas son absolutamente necesarios en casos difíciles o complicados, ellos tratan

peor y más tardíamente las afecciones que no son de su dominio. En realidad, la corriente de especializaciones se inicia en 1917 con la oftalmología, aceptada por el Board americano, siguiendo luego la otorrinolaringología y en la década del 30 otras 13 especialidades.

El médico de familia atiende todos los problemas de todos los individuos, en todos sus estadios. Ofrece cuidados continuos, centrado en los pacientes y en sus problemas.

Recordemos las afecciones más frecuentes que se presentan en una práctica ambulatoria. Entre las afecciones agudas: infecciones respiratorias, quejas funcionales, dermatitis, infecciones urinarias, tortícolis y dolores de hombro, lumbalgias, cera en los oídos, traumatismos menores, vaginitis. La mayoría de ellas son autolimitadas y presentan riesgos de sobre tratamiento.

Las afecciones crónicas frecuentes: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial, diabetes, artrosis, depresiones, obesidad, cardiopatía isquémica y cáncer. Estas impactan en la esperanza de vida y también tienen el riesgo de la iatrogenia.

La investigación en atención primaria es importante. Ejemplos serían, en el campo clínico: la adherencia al tratamiento; la relación paciente familia, los valores personales, comportamientos de riesgo, equipos de salud familiar. Entre las prioridades: análisis del costo/efectividad. En temas de información: medicina basada en evidencia y aprendizaje. Otros temas de interés serían el análisis político, los valores sociales, las epidemias, la experimentación, participación de los pacientes en mantenimiento de su salud y curación.

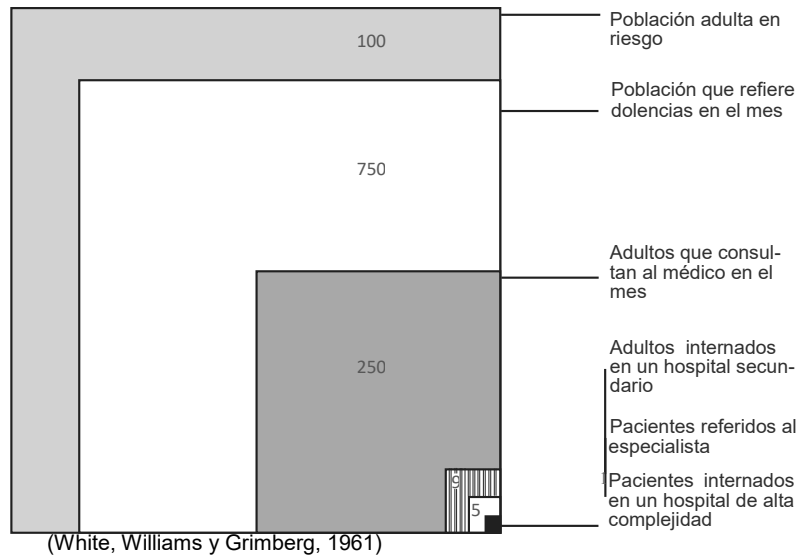
El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países en organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

Un sistema orientado hacia la atención primaria es importante para mejorar la salud (eficacia) y mantener los costos a un nivel aceptable (eficiencia). Como estrategia dirigida a la población, requiere el compromiso del gobierno para desarrollar un conjunto de servicios destinados a la población.

En todo caso las leyes deben comprender para todos los servicios de salud básicos, la educación temprana y una pensión básica para los que ya aportaron el esfuerzo de sus vidas a la comunidad.

El profesional tiene pues permanentemente frente a sí esta problemática social y su conducta deberá estar impregnada de prudencia, de discernimiento de la mejor manera de actuar en cada caso.

La globalización trajo un aumento de la información, la automatización, la modernización, el aumento de las poblaciones urbanas sobre



Prevalencia mensual de dolencias, consultas e internaciones en una comunidad.

las rurales. Esto trajo también el aumento de las enfermedades no transmisibles como los causados por dietas no saludables, el alcohol, el tabaco, la inactividad física, la extensión de la pobreza.

El médico de familia, puente entre los pacientes y la comunidad, surge no hace más de 40 años como el agente sanitario capaz de resolver el 90 % de los problemas en el 90 % de los pacientes con una sólida formación en APS. Es el de mayor costo/efectividad, capacitado para intervenir en la modificación de los estilos de vida mórbidos y los factores de riesgo que son las principales causas de enfermedades. Tengamos en cuenta que la mayoría de las afecciones son autolimitadas como lo describe White y Green.

Prevalencia mensual de dolencias, consultas e internaciones en una comunidad.

La Universidad

La Universidad, que comprende el conjunto del conocimiento humano, debe educar a aprender, a pensar, a emprender, a ser, a tener pensamiento crítico, formar, investigar. Debe luchar por la erradicación de la pobreza, el hambre, el deterioro ambiental y el analfabetismo.

La universidad como institución con características semejantes a las actuales, ha logrado no sólo perdurar durante casi mil años, desde su nacimiento en Europa en el Siglo XI sino que se ha diseminado por todo el planeta.

Puede deducirse que se trata de una institución perdurable, adaptativa, con gran coherencia interna y, seguramente, con fuerzas conservadoras que defienden su status quo.

“La universidad ha enfocado el desafío de adaptarse permanentemente y hoy, uno de los numerosos problemas que afronta es la comple-

ja relación entre la rapidez del avance científico-tecnológico, por una parte, que pone sin pausa nuevos poderes a disposición de algunos hombres y plantea, por lo tanto, críticos problemas de ética científica y la lentitud de la reflexión ética, por la otra, que también debiera anidar en las universidades, y que parece no poder acompañar la velocidad de la generación de los problemas que la humanidad debe afrontar.

Las universidades deben encarar esta cuestión y dedicar un esfuerzo sustantivo al tratamiento de los alcances y límites de la ciencia y la tecnología y sus relaciones con el bien y la felicidad del hombre, la humanidad y la naturaleza.

¿El retraso de las facultades de medicina en incorporar la disciplina medicina familiar en el currículum de grado no es acaso una expresión de esa "lentitud en la reflexión ética para acompañar los cambios que requiere la sociedad"? y, acaso ¿no representa también la carencia del esfuerzo sustantivo "al tratamiento de los alcances y límites de la ciencia y la tecnología y sus relaciones con el bien y la felicidad del hombre..."?

La educación médica debe ser pertinente, de calidad, internacionalizada y orientada al servicio de la comunidad. Los exámenes de ingreso practicados en la actualidad, centrados solo en algunos aspectos como el pensamiento lógico matemático y la memoria, desperdician muchos talentos de las áreas de destrezas manuales, psicomotoras, espaciales, filosóficas, etc. Además, la selección excluyente ya está hecha en la cuna, al no tener todos las mismas oportunidades en la formación de las áreas requeridas.

La medicina familiar es una rama de la ciencia médica que requiere entrenamiento y educación específica en las distintas fases del proceso educativo: pre grado, post grado y formación continuada.

Como disciplina, la medicina de familia se ubica entre las clínicas y detenta un área propia de investigación. Como especialidad confiere a quienes la practican un rol profesional específico fuertemente enraizado y ligado a lo social, con interés personal de los cuidados médicos. La medicina familiar constituye el perfeccionamiento del enfoque social de la medicina. Se trata de una disciplina relacional.

La tesis unánime de los grandes pensadores de la medicina familiar es que el manejo de los pacientes es una destreza que constituye la quintaesencia de la práctica clínica y un área del conocimiento única de los médicos de familia. El manejo de pacientes asienta solo parcialmente en las ciencias naturales.

Los pacientes y la sociedad en general no solicitan únicamente un manejo técnico-científico de sus problemas de salud; reclaman una dimensión humana en su relación con la medicina y los médicos, con enfoques y soluciones de tipo biopsicosocial a los problemas derivados del enfermar, de la incapacidad y la muerte.

Quienes dirigen el sistema de servicios de salud siguen asumiendo que los mayores problemas de salud de la gente son las enfermedades, y los educadores médicos siguen pensando que su formación debe estar cimentada casi exclusivamente en las ciencias naturales y que el papel del médico es esencialmente diagnosticar y tratar enfermedades.

En la mayoría de los programas de estudio lo central es la enfermedad como entidad nosológica, y las contrapartidas son la terapéutica farmacológica, quirúrgica o psiquiátrica, elementos difíciles de integrar en la mente del estudiante. Pero en el escenario de la realidad, todos estos elementos están integrados en la persona que consulta.

Sin embargo, se necesita poner el acento en el todo más que en las partes, porque el clínico se enfrenta tanto con las dolencias como con la enfermedad, con la persona como con el cuerpo o la mente, con la familia como con el individuo, con la comunidad y el grupo. Debe tener pues una competencia clínica ampliada que permita ver y analizar los padecimientos de la gente en su contexto.

La necesidad de formar un profesional capaz de brindar atención médica integral al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, con énfasis en la promoción de salud y en la prevención de enfermedades, con un enfoque clínico, epidemiológico y social, exige que la educación médica centre su atención en la salud y no en la enfermedad, en los aspectos preventivos y no solo en los curativos.

Desde el siglo XIX la medicina ha estado dominada por una visión positivista del conocimiento, es decir, que es válido solamente si se obtiene por el método empírico, la validación de hipótesis por la utilización de datos accesibles a nuestros cinco sentidos. Señala Mc Whinney que en la tradición anglosajona el empirismo está asociado al método científico (1). En otras tradiciones como la germana o la francesa se reconoce un campo de las ciencias de la naturaleza y otro campo de las ciencias humanas. Los datos de la primera corresponden al mundo de los sentidos, los de la segunda, a los de los significados. Ambos pueden ser verificados pero los medios para la verificación son diferentes. Los signos físicos que presenta un paciente como pérdida de masa muscular, pérdida de peso, sudoración, se pueden comprobar empíricamente. Pero los fenómenos mentales, los sentimientos, los pensamientos, su percepción de la enfermedad, requieren una forma diferente de interrogación. Esto se conoce como hermenéutica, el arte de la interpretación. En la exploración empírica el observador recoge los datos de un objeto o del paciente con sus cinco sentidos. En la hermenéutica la interrogación es intersubjetiva.

La oposición a la medicina familiar proviene principalmente de las escuelas de medicina y algunas especialidades que se creen amenazada por el desarrollo de un enfoque holístico en la formación médica

Bibliografía

Kidd M. Ian McWhiney. Lecciones de un gran médico de familia. Médicos y pacientes.com. Madrid 21/12/2015. <http://www.medicosypacientes.com/articulo/ian-mcwhinney-lecciones-de-un-gran-medico-de-familia>

II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar

Atención Primaria. Martín Zurro. 6ª Ed.

I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Sevilla 2002.

(1) OPS. Revisión de la APS, 2007.

(2) Starfield B. Construyendo un sistema de salud basado en atención primaria. I Congreso regional iberoamericano WONCA/CIMF. Buenos Aires 2006.

(3) Green L. The ecology of medical care. NEJM. 2001 Vol 344:2021-2025

(4) Johansen M, Kircher S, Huerta T. Reexamining the ecology of medical care.. NEJM Feb 4, 2016

La Especialidad de Medicina Familiar

Dr. Andrés Szwako

La definición oficial de la **American Academy of Family Physicians** es la siguiente:

“Se trata de la especialidad médica que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la medicina familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades.” (AAFP, 2018)

La Asociación Mundial de Médicos de Familia (WONCA) explica que: Los médicos de familia son médicos especialistas capacitados en los principios de la disciplina. Son médicos personales, principalmente responsables de la provisión de servicios integrales y continuos atención a cada persona que busca atención médica independientemente de su edad, sexo y enfermedad. Cuidan de personas en el contexto de su familia, su comunidad y su cultura, siempre respetando el autonomía de sus pacientes Reconocen que también tendrán una responsabilidad profesional con sus comunidades. Al negociar planes de gestión con sus pacientes, integran los aspectos físicos, psicológicos, factores sociales, culturales y existenciales, utilizando el conocimiento y la confianza engendrados por repetidos contactos. Los médicos de familia ejercen su rol profesional promoviendo la salud, previniendo enfermedades y proporcionando cura, cuidado o paliación. Esto se hace directamente o a través del servicios de acuerdo a las necesidades de salud y los recursos disponibles dentro de la comunidad. Deben tomar el responsabilidad de desarrollar y mantener sus habilidades, equilibrio personal y valores como base para cuidado efectivo y seguro del paciente. (WONCA, 2005)

La medicina familiar es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la presión de atender imperiosas necesidades sociales tanto de las comunidades como del Estado (Iturbe, 1987).

La medicina de familia procede de una rama más antigua de la medicina: la medicina general. En algunos países, la medicina general ha tenido una continuidad histórica y ha mantenido una imagen relativamente buena entre la población; en estos casos la denominación no ha cambiado. En otros países medicina general significaba medicina de baja calidad, por lo que se tendió a cambiar el nombre; medicina

de familia ha sido el nombre elegido para una disciplina nueva bien cualificada (Ramos, 1997).

La medicina familiar por definicion es la especialidad “efectora de la Atencion Primaria de Salud (APS)”, dado que el proposito y unidad funcional de los cuidados primarios es la familia, y no el individuo. Este abordaje se desarrolla en un contexto biopsicosocial y evita fragmentar a la persona. (Rubinstein A, Kopitowsky K, 2016)

La *Medicina Familiar* es una **Especialidad Médica** y la *Atención Primaria de Salud* es una **estrategia**. Allí radica la diferencia y al mismo tiempo su relación. Para entender esto, podemos compararlo con el juego del ajedrez: “la estrategia utilizada para jugar lo lleva a cabo el jugador”.

El siglo XIX, en Europa y Norteamérica fue la era del médico general (Mc Whinney, 1995). Un médico que integró la mentalidad positivista de la ciencia en auge y que incorporó a su práctica la cirugía y la farmacopea, así como la obstetricia. En esa época una sola persona era capaz de abarcar todo el conocimiento médico existente, ya que éste era muy reducido.

El médico general del siglo XIX cumplía con las funciones que se atribuyen al médico de familia actual. Era un conocedor de su comunidad, un consejero y un líder, un estudioso constante, un epidemiólogo práctico y un investigador (Owens, 1988).

La Medicina Familiar es una especialidad médica reconocida a nivel internacional desde hace más de 30 años. No es una especialidad nueva, solo el nombre, pues antiguamente estaban los médicos de cabecera, que hacían el mismo trabajo, pero eran conocidos como tales o como “clínicos generales” aquí en Paraguay. Como en otras especialidades prácticas, el cuerpo de conocimientos abarcado por la medicina de familia incluye no solo conocimientos de hechos sino también de habilidades y técnicas. La parte “biológica” no difiere de los conocimientos generales en pediatría, medicina interna o gineco obstetricia, pues se debe conocer las causas más comunes de consulta en cada grupo etario y sexo, y tener bien en claro el mejor tratamiento para cada uno de esos problemas. La idea es solucionar el 80% de los problemas que se presenten en el consultorio. Lo que caracteriza a la Medicina Familiar es el enfoque integral o biopsicosocial que tiene para sus pacientes.

Al describir la Medicina de Familia, por tanto, es preferible comenzar con los Principios que gobiernan nuestras acciones, estos principios son conocidos también como “Postulados de Mc Whinney”, quien es uno de los padres de esta disciplina. Ian McWhinney era un médico de familia en el Reino Unido que se trasladó a Canadá en 1967 para establecer el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Western, Ontario. Ian influyó en las carreras y las actitudes de los médicos de familia en muchas partes del mundo, y fue uno de los líderes pioneros del desarrollo de la base académica de nuestra disciplina profesional. Ian murió en 2012 a la edad de 85 años. (Kidd M, 2015)

Describiremos nueve de ellos. Ninguno resulta exclusivo para la Medicina de Familia, eso significa que cualquier especialidad puede hacer uso de ellos, además no todos los médicos de familia son ejemplo de los nueve, pero cualquier Médico de familia debería hacer lo posible para serlo. A pesar de todo, tomados en conjunto, representan un concepto del mundo, un sistema de valores y una actitud ante los problemas claramente distintos de los que caracterizan a otras especialidades.

El Médico de Familia:

1) Está comprometido más con la persona que con un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas especiales.

Esta es probablemente una de las diferencias o características que más resaltan en la atención de un Médico Familiar. Podemos explicarlo de tres maneras. Primero, el médico de familia se encuentra disponible para cualquier problema de salud experimentado por personas de cualquier sexo y edad, no debe limitarse a un problema de salud solamente. Su ejercicio profesional no se limita a problemas estrictamente definidos; el paciente es el que define el problema. En segundo lugar, el compromiso no tiene punto final definido. No debe terminar con la curación de la enfermedad, el final del ciclo de tratamiento o el diagnóstico de una enfermedad incurable. En muchos casos, el compromiso comienza cuando la persona está sana, antes de que haya desarrollado cualquier problema. Esos aspectos del compromiso del Médico de Familia, constituyen la clave de muchas de las habilidades propias de la medicina de familia y la fuente de muchas de las satisfacciones personales del médico. La naturaleza a largo plazo del compromiso hace también que la relación médico-paciente tenga una especial importancia en la práctica clínica de la medicina de familia. Y en tercer lugar, podemos resumir diciendo que el compromiso es con una persona, el Médico de Familia debe estar especializado en el cuidado de las personas, sin distinción de sexo o edad.

2) Intenta comprender el contexto de la enfermedad. Muchas enfermedades atendidas en la práctica familiar no se pueden comprender a fondo si no son consideradas en su contexto personal, familiar y social. Es posible ilustrar la importancia del contexto por la analogía con un rompecabezas. Muchas veces no encontramos una pieza cuya imagen no parece tener sentido en ninguna parte del cuadro. Sin embargo, una vez colocada correctamente en el contexto de la imagen completa, su significado queda claro de modo inmediato. Cuando un paciente ingresa en el hospital, se elimina o se oculta gran parte del contexto de la enfermedad. La atención se centra en el primer plano y no en el fondo. El resultado es en muchos casos un aspecto limitado de la dolencia.

3) Considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal de hacer prevención o educación sanitaria. Hacer prevención es uno de los principales trabajos del Médico de Familia y como ve sus pacientes forma periódica, tiene esta posibilidad. Una forma relativamente sencilla es que en cada consulta se toque

uno o unos temas de prevención, conociendo las recomendaciones internacionales según edad y sexo. Sabemos que es imposible hablar en una sola consulta de todos los aspectos preventivos, pero el trabajo debe realizarse cada vez que se ve al paciente.

- 4) **Considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo.** Tiene que considerar dos aspectos: el paciente que está tratando y al grupo de población que podría tratar. Eso significa que un paciente no vacunado o que no se le ha medido nunca su presión arterial, merece tanta atención como el que solicita consejo sobre el cuidado de los hijos o el tratamiento de la hipertensión. Ello implica un compromiso para mantener la salud de la población a la que atiende, con independencia de que determinados individuos acudan o no a su consulta.
- 5) **Se considera a sí mismo parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitario.** Todas las comunidades cuentan con una red de apoyo social, oficial y no oficial, formal e informal. La palabra red sugiere un sistema coordinado. Por desgracia, muchas veces no sucede así. El sistema de referencia y contrarreferencia que habitualmente escuchamos es un buen ejemplo de ello, está presente pero no siempre es bien utilizado. Los médicos de familia pueden ser mucho más eficaces si emplean todos los recursos de la comunidad para beneficio de sus pacientes, para eso debe conocerlos y utilizarlos correctamente.
- 6) **Desde un punto de vista ideal, los médicos de familia deben compartir el mismo hábitat que su paciente.** Eso se ha hecho menos frecuentes durante los últimos años, excepto en las áreas rurales. Probablemente los costos de vida han hecho su parte para que los Médicos deban trabajar en varios lugares. En algunas comunidades, sobre todo en las áreas centrales de las grandes ciudades, los médicos han desaparecido virtualmente. En realidad sería "están en muchas partes, pero en ninguna específicamente". A la pregunta del paciente: ¿Dónde puedo consultar con Ud.?, es difícil responderla sin preguntar "qué día y qué hora". Todas esas modificaciones forman parte de la tendencia reciente hacia la separación entre vida y trabajo. Para Wendell Berry (1978) esa es la causa de

Principios de Medicina Familiar o postulados de Ian McWhinney

- El Médico de familia está comprometido más con la persona que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o técnicas especiales.
- El Médico de familia intenta comprender el contexto de la enfermedad.
- El Médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal de hacer prevención o educación sanitaria.
- El Médico de familia considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo.
- El Médico de familia se considera a sí mismo parte de la red comunitaria.
- Desde un punto de vista ideal, los médicos de familia deben compartir el mismo hábitat que sus pacientes.
- El Médico de familia atiende a los pacientes en la consulta, en su casa y en el hospital.
- El Médico de familia concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
- El Médico de familia es un gestor de recursos.

muchas enfermedades modernas. “Si no vivimos donde trabajamos y cuando trabajamos, estamos malgastando nuestra vida y también nuestro trabajo” . Para ofrecer una mayor eficacia, los médicos de familia necesitan ser toda- vía miembros visibles del vecindario.

- 7) **Atiende a los pacientes en la consulta, en su domicilio y en el Hospital.** La distribución del tiempo y el interés hacia algunos de estos tres contextos variara de acuerdo con las circunstancias. En determinados momentos puede existir un desequilibrio entre ellos. En la Norteamérica de hoy se tiende a conceder menos importancia a la atención domiciliaria. Sin embargo, el punto más importante es que el Médico de Familia puede seguir a los pacientes sin tener en cuenta este tipo de frontera. No implica esto que no tengamos una ayuda de otro especialista de ser necesario. Pues la Medicina Familiar no quiere competir con otras especialidades, sino trabajar coordinadamente con las demás especialidades ya que su fin es ayudar al paciente de la mejor forma.
- 8) **Concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.** Durante la mayor parte de este siglo, la medicina a estado dominada por una actitud estrictamente objetiva y positiva hacia los problemas sanitarios. Los médicos de familia siempre han tenido que reconciliar esa actitud con la sensibilidad hacia los sentimientos y la valoración de las relaciones. En tal concepto se incluye la percepción de ellos mismos: los Médicos de Familia saben bien que sus propios valores, actitudes y sentimientos son determinantes importantes de la forma como practican la medicina.
- 9) **Es un gestor de recursos.** Como médico general y medico de primer contacto tiene el control de muchos recursos y, dentro de ciertos límites, puede controlar el ingreso en los hospitales, el empleo de pruebas complementarias, la prescripción de tratamientos y el envío a especialistas. Los recursos son limitados en todas las partes del mundo, y a veces muy limitados. Por tanto, el médico de familia tiene la responsabilidad de gestionarlos para proporcionar el máximo beneficio a sus pacientes.

Actualmente este postulado puede ser discutido por el creciente hecho de los problemas judiciales en que se ven envuelto médicos por no pedir tal o cual estudio. Debemos estar actualizados científicamente y utilizar esto para decidir como gestor de recursos.

Habilidades del Médico de Familia

Se pueden describir cuatro habilidades básicas que deben tener los Médicos de Familia

- 1) *Solución de problemas indiferenciados* en el contexto de una relación personal, continuada con los individuos y la familia.
- 2) *Habilidades preventivas*: identificación de los riesgos, factores de riesgo y los problemas en forma precoz en los pacientes conocidos por el médico.
- 3) *Habilidades terapéuticas*: uso de la relación médico-paciente-familia, para lograr mejor efectividad en todos los tipos de planes terapéuticos.

- 4) **Habilidades para gestionar los recursos:** empleo de los recursos de la comunidad y del sistema de atención sanitaria para beneficio de los pacientes. Aquí se incluyen las habilidades de gestión necesarias para controlar el ejercicio profesional, las consultas y las derivaciones a los especialistas.

Implicaciones

Estos principios y las habilidades básicas, tienen un número de implicaciones importantes en la práctica de la medicina familiar. La naturaleza del compromiso del médico de familia con sus pacientes, exige que les proporcione una atención continuada y completa. Su disponibilidad para todos los grupos de edad significa que puede actuar como suministrador de atención médica para la unidad familiar completa. El compromiso a largo plazo con los pacientes puede dar lugar a lazos íntimos entre médico y paciente, y permitir que el médico acumule una valiosa reserva de conocimientos personales sobre sus pacientes. Por último, la preparación del médico de familia para hacer frente a cualquier tipo de problema, lo convierte en un médico que necesita estar muy bien actualizado para ser efectivo.

Los Médicos de Familia y su formación.

Un gran desafío para la medicina familiar fue el ser reconocida como una especialidad, pero ya desde 1969 la AMA (Asociación Médica Americana) y OMS reconoció a la Medicina Familiar como una especialidad.

Una vez reconocida como especialidad, se generó otro problema, que fue, o es, más difícil sobrellevar, y es el de que los propios médicos acepten a la medicina familiar como una especialidad.

Una pregunta frecuente hecha por otros especialistas es: Como una especialidad puede abarcar tanto? Ó, Como una especialidad no es específica de una parte anatómica o una patología específica?.

La respuesta es sencilla: **“La Medicina Familiar se especializa en la persona”**

Un paciente u otro médico entienden sin problema cuando la especialidad es bien “fina” o “específica” de un órgano o patología, pero no entienden al decir especialista en “la persona”. Todos los pacientes son personas que traen un problema o una dolencia al médico y estas dolencias o problemas son frecuentemente repetitivos.

Así, el 80% a 90% de las consultas ambulatorias son por los mismos motivos, y es en este grupo de patologías donde la medicina familiar se especializa, cada grupo etario tiene un grupo de patologías por las que consulta más frecuentemente.

Es conocido el estudio de White, Williams and Greenberg (N Engl J Med 1961) donde se concluye que de 1000 personas, 750 tienen un problema, de ellas solo 250 consultan a un médico (aquí está la medicina familiar y la APS) y solo 1 necesitaría un hospital de alta complejidad (en este nivel están los hospitales universitarios). Así, forma-

mos a estudiantes de medicina con un grupo de pacientes y patologías menos frecuentes (1/1000) para que en el momento del inicio de su práctica, este en un consultorio atendiendo al grupo de pacientes con patologías frecuentes (250/1000).

Este estudio fue replicado en el 2001 y publicado en *Am Fam Physician*. 2001 Sep 15;64(6):928

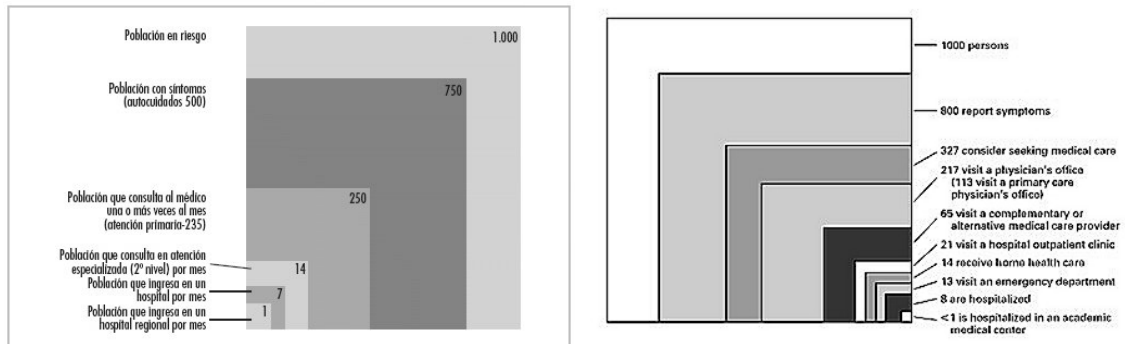


Figura 1. Enfermedades y problemas de salud en relación con el sistema sanitario. (Adaptada y modificada de De White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961; 245: 885-892)

La Medicina Familiar es una especialidad horizontal, que abarca todas las edades y ambos sexos, pero para esto, se basa en la epidemiología, las enfermedades más frecuentes y en estudios de prevalencia. Cada grupo etario o según sexo, tiene una cantidad limitada de enfermedades, que son las más frecuentes y son estas enfermedades que el médico de familia debe conocer muy bien. Al mismo tiempo debe saber diferenciar lo normal de lo anormal, ya que en caso de no poder realizar un diagnóstico, sabrá a qué especialista derivar al paciente.

El toque específico de la Medicina Familiar es el enfoque Biopsicosocial, que será desarrollado en otro capítulo.

Dentro del proceso de formación en Medicina Familiar, la investigación constituye uno de los componentes esenciales. (Mederos L, 2017)

Así como en otras especialidades, la Medicina de Familia se forma a través de las Residencias médicas más los cursos de postgrado. Es difícil aprender a manejar un auto solo leyendo un libro, hay que ir a la práctica, y esta práctica debe ser importante en la formación. Las residencias duran entre 3 y 4 años, según que país sea y están organizadas de acuerdo a unos lineamientos generales.

En muchos países se sigue usando en forma indistinta a la Medicina Familiar y a la Medicina General y en otros, se llama a la especialidad Medicina Familiar y General. La Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar está trabajando para que la denominación sea única. Durante la formación en la Especialidad, se pasan por rotaciones intra-hospitalarias y consultas ambulatorias, en consultorios de otras especialidades y en consultorios de medicina familiar. Es así que el residente de medicina familiar, conoce las patologías más frecuentes en niños,

adultos, mujeres y ancianos, y con esto tiene una capacidad resolutive de cerca del 85% en el ámbito ambulatorio.

En ningún caso, la Medicina Familiar intenta competir con otras especialidades, sino cooperar con ellas, ya que siempre se necesitan especialistas de referencia para la derivación oportuna de los pacientes. Para facilitar el trabajo en esta especialidad, podemos referirnos a *tres estrategias*:

1ro.) Conocer las enfermedades más frecuentes

En medicina familiar las consultas pueden ser de las más variadas, atendiendo a la no limitación por edad ni sexo y es por esto que el médico de familia debe conocer cuáles son los motivos de consulta y/o los diagnósticos más frecuentes. Así, como ejemplo, podemos citar algunos de los motivos de consulta o diagnósticos más frecuentes según edad y sexo. En niños: controles de niño sano, infecciones respiratorias, gastroenteritis, dermatitis, entre otros. En adultos: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, obesidad, artrosis, cefaleas, etc. En ancianos: prevención de caídas y fracturas, deterioros mentales, hipertensión arterial, diabetes, artrosis, etc. En mujeres: control de embarazo, anticoncepción, flujo vaginal, trastornos menstruales, etc.

2do.) Utilizar la Prevención

Es un tema que abarca una gran cantidad de información y que el Médico de Familia debe conocer, apoyándose en la Medicina Basada en la Evidencia. Probablemente, el sistema de prevención más conocido por todos sea el de las vacunas, que es una prevención primaria y que aparte de erradicar algunas enfermedades del planeta ayuda a mantener sanos a la gran mayoría de los niños además, de los adultos y ancianos.

Pero la prevención no son solo vacunas. Tenemos así algunos estudios de screening, como el PAP y las mamografías que en la salud de las mujeres tiene una gran incidencia, estos son ejemplos de prevención secundaria, que sirve para detectar la enfermedad ya existente.

Por último tenemos las prevenciones terciarias, en donde ya la enfermedad está presente pero tratamos de evitar las complicaciones, como por ejemplo en la HTA, evitar los accidentes vasculares.

Podemos concluir que la prevención se puede realizar en todas las personas sin importar en que grado o gravedad de su enfermedad se encuentre. Tenemos que pensar siempre que “algo” (alguna complicación) se puede prevenir.

3ro.) Enfoque BioPsicoSocial

Este enfoque es lo que diferencia a la Medicina Familiar y le da su toque característico. Es el enfoque integral. Mirar al paciente como un todo.

Las repercusiones de una patología dentro del contexto social y psicológico de una persona tiene tal grado de fuerza que puede empeorar o mejorar los síntomas. Al tener una persona con alguna enfermedad crónica dentro de la familia, el impacto dentro de ese grupo familiar

puede hacer variar la adhesión al tratamiento y así provocar o prevenir las complicaciones. Como ejemplo digamos que a una persona se le acaba de diagnosticar una hipertensión arterial esencial, por consiguiente, tendrá un tratamiento de por vida probablemente, esto repercutirá económicamente en la familia; si tiene alguna complicación (ACV, IAM), podría interferir en su grupo social y de trabajo, aparte de la carga psicológica que conlleva tener una enfermedad “que no se cura”.

El enfoque biopsicosocial no niega ni minusvalora lo propuesto por la medicina de siempre, sino que pretende ampliar su horizonte.

Como comentario final, se puede agregar que la medicina Familiar utiliza la prevención, el enfoque biopsicosocial y el conocimiento de las enfermedades mas frecuentes para poder realizar una atención mas humana e integral. A esto debemos sumarle los principios de medicina Familiar y sus instrumentos, que si bien son de nuestra especialidad, pueden ser tomados y usados por cualquier otra especialidad, para mejorar la atención del paciente.

Bibliografía

- 1) Marecos E. APS-Medicina Familiar-Médico de Cabecera-Campos de Salud. Disponible en: www.med.unne.edu.ar/revista/revista96/aps-medfamiliar.htm
- 2) Zurro, M. Cano, J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ta Edición. Mosby/Doyma. 2001
- 3) Martínez, O. Martínez, M. Noldin, C. Medicina de la Comunidad. EFACIM. Asunción. 2001
- 4) Residencias de Medicina Familiar. Disponible en: www.resimediciinafamiliar.blogspot.com/2008/04/qu-es-la-medici-na-familiar.html.
- 5) Mc Whinney, Ian R. Medicina de Familia; Revisión en español de Roger Ruiz Moral. Ediciones Doyma/Mosby.
- 6) Starfield, B. Presentación III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar; Santiago de Chile. Octubre 2005.
- 7) Zurro, M. Cano, J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ta. Edición. Mosby/Doyma. 2001.
- 8) Kidd, M. Disponible en <http://www.medicosypacientes.com/articulo/ian-mcwhinney-lecciones-de-un-gran-medico-de-familia>. 2015
- 9) Román F, Barrios M. Universidad Maimónides. Facultad de Medicina. Buenos Aires, 2004.
- 10) Mederos L. Rev.Med.Electrón. vol.39 supl.1 Matanzas 2017. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700018
- 11) WONCA, <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>

La Persona y la Familia

Dr. Enrique de Mestral

LA PERSONA

Ya en la antigüedad Aristóteles decía que por las propiedades de un ser podemos conocer su esencia. Que los seres vivos que tienen pensamientos, emociones, afectos y conductas libres, son personas. Pero tanto Aristóteles siglo IV, como Tomás de Aquino siglo XIII, hablaban de una humanización o animación retardada. Invocar hoy en día esta teoría constituye ciertamente un anacronismo. En esas épocas no se tenía el concepto de genoma de la especie, que no se modifica en ningún momento evolutivo del ser humano. Solo de desarrolla en las etapas de cigoto, embrión, feto, niño, adulto, anciano.

Persona: “sustancia individual de naturaleza racional”, así lo definió el filósofo romano Boecio en el siglo V y se lo tiene en los debates hasta nuestros días. Tiene además dignidad y libertad, que lo faculta a hacer el bien o a no hacerlo. Analicemos los elementos de esta definición. **Sustancia:** corporal y espiritual al mismo tiempo, inseparables. También hoy con nuestros conocimientos podemos decir que es portador del genoma de la especie humana. **Individual:** único, irrepetible. **Naturaleza racional:** que lo propio de sí es la razón, por encima de sus demás capacidades más primitivas en la evolución como los instintos, las pasiones, las emociones y los sentimientos. La naturaleza racional de la especie la tiene independientemente de su estadio evolutivo.

Los avances de la biología, la genética molecular, la genómica y proteómica, así como la genética del desarrollo nos llevan a afirmar que el inicio de la vida humana está en la concepción.

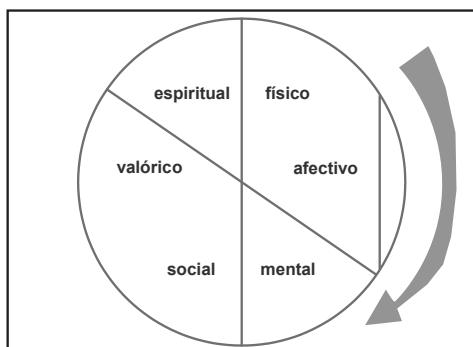
No existe ningún otro momento trascendental que cambie la genética ni la naturaleza racional de la especie.

El final de la vida es más sencillo porque se la define como el cese de la circulación o por los criterios de muerte encefálica, muy bien definidos. Muchas legislaciones hoy pretenden autorizar su final provocado (eutanasia o suicidio asistido) invocando protección de la autonomía, la seguridad y dignidad de las personas en etapas terminales.

Viktor Frankl reconoce a la persona como constituida por tres dimensiones: una biológica, una psicológica (emociones, pensamientos y deseos) y la espiritual (dimensión humana por excelencia donde se expresa la creatividad, la libertad, la responsabilidad, la trascendencia).

Para alcanzar la madurez de un ser tan complejo como la persona, ella tuvo que haber atravesado etapas importantísimas. En el gráfico siguiente, esquemáticamente podemos apreciar un sustrato biológico, físico, con instintos para la supervivencia, correspondería al “cerebro reptiliano” que llevamos dentro, lo que corresponde anatómicamente al tronco cerebral. En él asientan las funciones básicas, como la res-

piración, la regulación de la circulación de la sangre, los movimientos de la cara, la lengua, tragar, etc. Esto acompañado de conductas primitivísimas como los que puede tener un cocodrilo o una serpiente, de extrema agresividad, ataque, huída, protección del territorio.

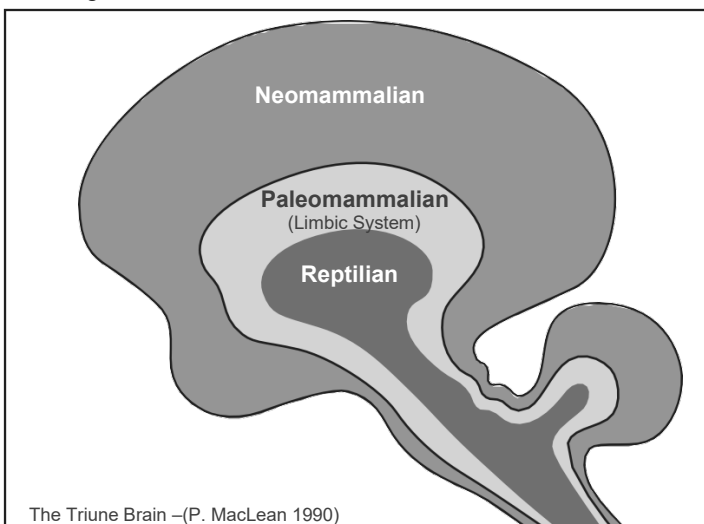


En el cuadro de la izquierda tenemos esquemáticamente la vida emocional, que asienta en el lóbulo límbico, que también lo tienen los mamíferos superiores (monos, perros). Todos ellos experimentan las emociones básicas como tristeza, alegría, miedo y bronca. El desarrollo de esta etapa es fundamental en los seres humanos y va del nacimiento hasta los 5 años. Las carencias afectivas, los abandonos, dejan heridas imborrables en la personalidad.

Con la vida escolar empieza el desarrollo de la actividad mental, la adquisición del pensamiento lógico y de la ética (comportamiento en sus actos libres).

Luego el joven se va encontrando con las normas sociales, cívicas, la ley, las reglas morales. Son las que rigen la vida en sociedad y es importante que él los vaya incorporando a su conducta.

En esta imagen en “sacabocado” vemos la corteza cerebral, asiento de



la racionalidad y el discernimiento ético, y el lóbulo límbico, al fondo, el “corazón” del hombre.

La educación en valores ya es un privilegio de un menor número de personas. Los jóvenes, si tienen la suerte de encontrarse con “modelos” de conducta, aprenderán a tener ideales y lucharán por ellos sin importarles una remuneración.

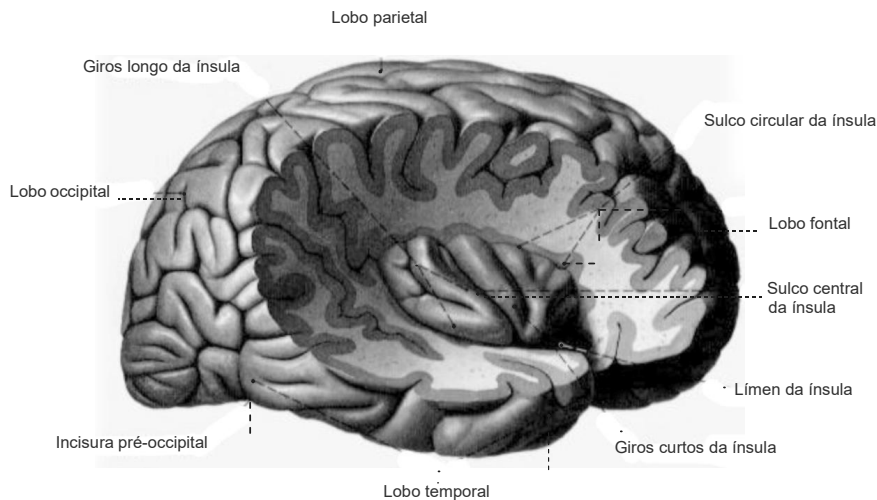
La vida espiritual es la culminación del desarrollo de la persona. La apertura a la trascendencia, a la fe, la religión, el diálogo con Dios.



Este desarrollo ideal solo es posible en comunidad, habiendo tenido un hogar con padres de unión estable y en el amor. Los divorcios, rupturas, separaciones, abandonos no pasaran inadvertidos en el desarrollo de la personalidad de los hijos. Estos acontecimientos no los negamos, son realidades, pero no las ideales.

Comprendemos cómo la conducta de los inadaptados, que asaltan, acuchillan, matan, es un poco la consecuencia de la inmadurez del desarrollo, de las carencias que atravesaron, de su historia personal y familiar. Y peor aún, el hombre que rechaza la vida espiritual, experimenta entonces un retroceso en sentido inverso al desarrollo que tuvo, abandonando los valores, las reglas sociales, su mismo pensamiento y sus emociones

se alteran para llegar al comportamiento salvaje. Y sabemos que el hombre perverso es peor que las fieras, es capaz de hacer mucho más daño que comer a su presa.



A lo largo de la historia, los hombres tuvieron dificultades para definir quiénes eran personas. Los griegos aceptaban que solo los ciudadanos lo eran y no así los esclavos. Hasta dudaban si las mujeres lo eran.

Los europeos no consideraban personas a los de raza negra y los utilizaban como esclavos. Luego vino el descubrimiento de las tierras americanas, donde encontraron a otros seres que tampoco fueron considerados personas hasta las intensas luchas de Bartolomé de las Casas. También aprovecharon este momento histórico para transportar esclavos desde África a América. Hoy, que la esclavitud formal está desechada, la sociedad post moderna tiene dificultades para aceptar como persona al cigoto, embrión, fetos, personas no autónomas, moribundos, etc. Y se legisla en los parlamentos sobre el aborto y la eutanasia o el suicidio asistido. Lo que ocurre es que el hombre es el de siempre, que no crece en su ética y sigue rigiendo la ley del más fuerte, de los sanos, los políticos.

LA FAMILIA

Hace 2.400 años Aristóteles la caracterizó como “célula social básica” (1). Constituida por la íntima comunidad de vida y amor de los cónyuges, que perdura y se fortalece con los años, ambiente donde el ser humano se cría, madura y se educa por muchos años (2). Ella está normalmente fundada sobre la indisolubilidad del matrimonio.

La familia es el único ámbito donde cada ser humano es aceptado, respetado y amado, por el sólo hecho de ser tal persona, y no por lo que tiene o por sus cualidades, como ocurre en instituciones sociales, club deportivo, partido político, empresa, escuela, donde las personas son valoradas por sus cualidades o por lo que poseen.

Institución social básica, donde se desarrolla un comportamiento reproductivo, de subsistencia, solidaridad, socialización, de afecto, de desarrollo emocional y comportamiento social (3). En ella empieza la educación y el estímulo al aprendizaje para lanzar nuevos miembros a la sociedad. La homeostasis familiar depende del estado de bienestar biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes.

Unidad funcional con un sistema de interacción, de pautas transaccionales a través de las cuales una familia funciona. Cada uno de sus miembros produce reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo. Hay en ella jerarquías, territorio que cada uno ocupa, mapa, coaliciones, triangulaciones límites, amalgamamiento, y aún desvinculación.

Grupo con fuertes lazos de sangre, de afectos, de cultura, con un origen y futuro común. Todo esto puede afectar su salud física y colectiva.

“Es un ámbito de relación de amor entre libertades, no de dominio ni de necesidad, pues el amor comporta la exclusión del dominio en la relación de los amantes.

La familia posee vínculos vitales y orgánicos con la sociedad, porque constituye su fundamento y alimento continuo mediante su función de servicio a la vida. En efecto, de la familia nacen los ciudadanos, y éstos encuentran en ella la primera escuela de esas virtudes sociales, que son el alma de la vida y del desarrollo de la sociedad misma.

Así la familia, en virtud de su naturaleza y vocación, lejos de encerrarse en sí misma, se abre a las demás familias y a la sociedad, asumiendo su función social.”⁴

“Merece también nuestra atención el hecho de que en los países del llamado Tercer Mundo a las familias les faltan muchas veces bien sea los medios fundamentales para la supervivencia como son el alimento, el trabajo, la vivienda, las medicinas, bien sea las libertades más elementales. En cambio, en los países más ricos, el excesivo bienestar y la mentalidad consumística, paradójicamente unida a una cierta angustia e incertidumbre ante el futuro, quitan a los esposos la generosidad y la valentía para suscitar nuevas vidas humanas; y así la vida en muchas ocasiones no se ve ya como una bendición, sino como un peligro del que hay que defenderse.”⁵

No siendo lo ideal, debemos aceptar que la realidad presenta diferentes tipos de familia. Las hay urbanas, rurales, tradicionales, modernas, funcionales, disfuncionales, amalgamadas, desvinculadas.,

nuclear, seminuclear, extensa, compuesta, múltiple, "equivalentes" (homosexuales), reconstruida, interrumpida, etc.

En cuanto a su dinámica no se habla más hoy de **normalidad** o anormalidad sino de **funcionalidad**, es decir, la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La dinámica funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como persona.

Una familia funcional es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha permanente. Cuando esta homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, generalmente uno de los hijos, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto.

De esta forma surge el denominado **paciente identificado** a quien se le designa así en vez de llamarlo por el papel idiosincrásico que los demás le han dado: el enfermo, el malo, el culpable.

Para determinar el grado de funcionalidad se tiene en cuenta la comunicación, el respeto a la individualidad, la toma de decisiones, la lucha por el poder, las reacciones a eventos críticos.

La disfunción familiar puede pues manifestarse por medio de síntomas en los integrantes.

Gran parte de los trastornos psicosociales tiene su origen en la disfunción familiar.

Crisis: cualquier evento que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración que requiere una respuesta adaptativa de la misma. Puede ser sobre el plano personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia.

Crisis normativas: situaciones esperables, posibles, en relación con la etapa del ciclo vital (infidelidad, divorcio, alcoholismo, actividades criminales).

Crisis paranormativas: situaciones adversas o inesperadas.

Historia de la familia:

Familia nómada: los antiguos grupos humanos. Nuestros aborígenes estaban en esta etapa cuando los españoles llegaron hace 500 años. Familia en Roma. El pater familias disponía de la suerte de cada integrante.

Familia actual. Padres con o sin hijos. Lanza nuevos miembros a la sociedad, debe socializarlos, y otorgarles protección física y apoyo emocional. Transforma un organismo biológico en un ser humano.

Papeles familiares. El rol que ocupa dentro del grupo (padre, madre, esposo, proveedor, hermano, hijo, enfermo, culpable, etc.).

Etapas del ciclo vital: en el curso de su desarrollo, la familia pasa por varias etapas de transición predecibles.

Etapa constitutiva:

-Noviazgo y Matrimonio

Etapa procreativa:

-Nacimiento de los hijos-nietos -Escolaridad
-Adolescencia

Etapa de dispersión

-Lanzamiento de los hijos -Adultos jóvenes

Etapa final:

-Jubilación vejez -Muerte

Comunicación en la familia:

Los mensajes se transmiten por medio de símbolos (palabras, gestos, postura, entonación, actitudes, silencios, presencia, ausencia). Es lo que se envía.

Los significados son elaborados por el receptor. No son transmisibles. Es lo que entiende el receptor.

Saliendo del campo técnico de su descripción y entrando en la parte humana de la misma, la familia es el único ámbito de libertad plena para todo individuo humano y, además, es el sostén de esa libertad, frente al entorno más o menos hostil.⁶ Todo sistema totalitario la considera como su peor enemigo. Y aquí no nos estamos refiriendo solo a los estados con sistemas políticos totalitarios ya sean de derecha o izquierda sino a elementos más sutiles que se originaron con el advenimiento de la cultura post moderna.

Amenazas de la familia

Esta **cultura post moderna** nace al finalizar la II Guerra Mundial que fundamentalmente niega todo sistema moral de referencia y promueve el relativismo ético, siendo cada uno el rector de su conducta, donde “todo vale”, no reconociendo norma alguna y promueve el vicio, con nombre de virtud (una mujer vedette, escasa de ropas es descripta por la prensa como una “mujer audaz”, aunque la audacia sea una virtud y la impudicia un vicio, o con el reparto gratuito de preservativos y anti-conceptivos promocionando el vicio de la promiscuidad), el voyerismo existencial, es decir, el no asumir responsabilidades, no comprometerse. Esto trajo consecuencias graves para la institución de la familia

Un ejemplo lo daremos con el divorcio vincular. La ley reconoce el derecho de romper el vínculo protegiendo a la parte que no lo quiere más, y descuidando a la parte que desea seguir fiel al pacto. Del reconocimiento de las uniones de hecho, equiparadas al matrimonio luego de 5 años, se pasa a la regulación de la convivencia entre homosexuales. Luego podría venir la legitimación de las parejas swingers, la poligamia, la poliandria, uniones contrarias a la naturaleza.

Cuando se equipara cualquier manera de convivencia con la familia y se le otorgan sus mismos derechos, es el propio Estado quien atenta con la célula social básica.

Decíamos que existen en esta cultura agresiones a la familia venidas no solo de una libertad entendida como autonomía absoluta sino también por políticas mundiales propiciadas por la Naciones Unidas cuyas agencias pretenden regir en todos los estados y culturas. La OMS en la salud, la UNICEF en los niños, la PNUD en el desarrollo, FMI y el Banco Mundial en la economía.⁷ A través de estas políticas se busca

mermar los vínculos entre padres e hijos y se va confiando al Estado el cuidado y la educación de los niños. Esto mismo trató de hacer realidad un presidente latinoamericano recientemente. El Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, entraría en las asesorías sobre salud sexual y reproductiva.

La vinculación afectuosa entre padres e hijos es crucial para la edificación de la personalidad.

En nuestro medio se incentiva la incontinencia sexual dándole nombres virtuosos como “salud sexual y reproductiva”.

Otra agresión a la familia lo constituye la ideología de género donde la sexualidad es construida socialmente, afirmando la identidad entre varones y mujeres, negando la complementariedad entre los sexos, buscando “empoderar” a la mujer para disputar con el hombre el poder. Hay una radical incompatibilidad entre la ideología de género con el matrimonio y la familia. De los dos sexos originarios, proponen diversos géneros: heterosexual, homosexual, bisexual, transexual, travestismo.

Mirando atrás en la historia, el matrimonio y la familia han sido el camino constante aunque siempre han tenido enemigos formidables.

Bibliografía

Martínez Nuñez I. Estatuto biológico del embrión humano. In: Temas de Bioética, nuestra experiencia. El Lector, 2017.

Meyer M. Fundamentación científica del inicio y evolución de la vida humana, In: La Protección de la Persona Humana. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Corte Suprema de Justicia, Paraguay, 2017.

Attaran A. Unanimity on Death with Dignity-Legalizing Physician-Assisted Dying in Canada. NEJM 28 May 2015.

Battafarano M. Psicopatología de lo accesorio. Akadia. Buenos Aires 2017

Scala J. Recrear la cultura de la vida. Promesa, 2006.

Tinbergen, Jan, “Gobernación mundial para el siglo XXI”, incluido en el Informe sobre Derechos Humanos – 1994 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, pág. 97.

Juan Pablo II. Familiaris Consortio. 6 y 42

Muñoz García A y Andrade G. La familia, célula de la democracia antigua y moderna: De Aristóteles a Tocqueville. Revista de Filosofía. RF v.24 n.54 Maracaibo mar. 2006

La importancia de educar en valores. La Nación, 21 enero 2006.

<https://www.lanacion.com.ar/773912-la-importancia-de-educar-en-valores>

Kungfu R.S. Funciones de la familia. <http://www.remiskungfu.mx/imagesnew/4/7/5/8/5/FUNCIONES%20DE%20LA%20FAMILIA.pdf>

Medicina centrada en el Paciente

Dr. Julio Ceitlin

Definición e Historia

Elementos para la comprensión del concepto

El primero de una serie de artículos publicado en Annals of Internal Medicine bajo el título "Words That Make a Difference" comenzaba con este diálogo:

Paciente: *Doctor, ese especialista al que me mandó es probablemente muy buen médico, pero no se le puede hablar.*

Doctor: *¿Qué es lo que quiere decirme?*

Paciente: *Bien, que no parecía interesado en lo que yo tenía que decirle. Puede saber mucho de riñones pero no quiso saber sobre lo que me preocupaba.*

Annals of Internal Medicine Volume 134 • Number 11 1081 5 June 2001

Las definiciones de "cuidado centrado en el paciente" o "atención centrada en el paciente" se proponen hacer explícito lo que está implícito en la atención de los pacientes. "Medicina centrada en el paciente" es un concepto que, en general, se entiende mejor por lo que no es: no es centrado en la tecnología, no es centrado en el médico, no es centrado en el hospital, no es centrado en la enfermedad. Esas definiciones son, sobre-simplificaciones que ayudan en la enseñanza y la investigación pero fracasan en capturar la indivisible y total relación sanadora. Aquí la investigación cualitativa puede demostrar mejor las cualidades de ese tipo de atención.

La centralidad del paciente en el acto médico se ha vuelto un concepto ampliamente utilizado pero pobremente entendido en la práctica.

La formación de los médicos y el ejercicio profesional han estado centrados tradicionalmente en la Enfermedad y el propósito de la educación médica ha sido y sigue siendo en gran medida formar un profesional experto en diagnosticar y tratar enfermedades. Dentro de este marco conceptual, la mecánica es la siguiente: el paciente concurre al consultorio presentando ciertos síntomas y el médico mediante el interrogatorio, examen físico y, en ciertos casos, exámenes complementarios, elabora un cuadro diagnóstico e indica un tratamiento. En este modelo, el médico "sabe" lo que el paciente necesita y el paciente "sabe" que debe cumplir lo que el médico le dice. Algunos inconvenientes observados en este modelo son:

- la inquietud del paciente no se expresa o se expresa tardíamente en la consulta dejando al médico menos tiempo para encargarse de ese asunto;

- no hay lugar para la interpretación del paciente sobre la situación que vive;
- el médico no requiere información respecto a la opinión del paciente sobre la conducta que se le indica, quedando sin pistas en cuanto a la posible adherencia a la misma.

En resumen, se construye una relación médico-paciente en la que no hay espacio para que el paciente se manifieste libremente.

El Método Clínico Centrado en el Paciente surge como intento de corregir estas deficiencias y amplía el marco de referencia del modelo anterior. En el marco de este método el médico permite al paciente expresar todas sus preocupaciones y las toma en cuenta sin dejar de lado sus propias inquietudes, incorpora la visión del paciente sobre el problema, obteniendo información que le permite aclarar el cuadro clínico; al abarcar tanto los aspectos biomédicos como los psicosociales puede dar una respuesta más integral al problema del paciente; y consensuando con el paciente los pasos a seguir tiene más probabilidades de conseguir la adherencia al tratamiento. Se logra así una relación médico-paciente en la que cada cual sabe qué esperar del otro, la responsabilidad se comparte (sin detrimento de la parte que le corresponde al médico en base a sus conocimientos), y se intenta generar una alianza que favorezca la salud del paciente, lo que es el fin último de cualquier interacción médico paciente.

El método pone en el centro de la escena a la dolencia, es decir, la experiencia del paciente con la enfermedad.

Distinción entre enfermedad y dolencia

El método clínico centrado en el paciente se basa en la distinción entre enfermedad (*Disease*) y dolencia (*Illness*).

Dolencia. Es la palabra que algunos utilizan en español para referirse a la **experiencia de estar o sentirse enfermo**. Se refiere a la forma como la persona enferma, su familia o el entorno social perciben, categorizan, explican, viven con, y responden a los síntomas, a las incapacidades y limitaciones que producen las enfermedades. La dolencia es la experiencia vivida de percibir los procesos corporales como dolor abdominal, congestión de las mamas, articulaciones dolorosas, fatiga, etc. y la evaluación que se hace de estos procesos como normales o anormales, esperables, serios, que necesitan o no un tratamiento. También la dolencia incluye las formas de angustia causada por esa percepción y los procesos de adaptación del paciente y/o su familia a la cotidianeidad de su trastorno. Cuando hablamos de dolencia debemos incluir los juicios clínicos del paciente, sus ideas acerca de cómo manejarse con la enfermedad y los problemas prácticos que le acarrean en el diario vivir. Cuando el paciente consulta ya tiene un modelo explicativo de su enfermedad, del cual puede o no ser plenamente consciente.

Conducta frente a la enfermedad. Es la manera en que una determinada persona o familia decide cuando buscar atención médica para diagnosticar el problema y/o iniciar un tratamiento. Esta conducta está

altamente determinada por rasgos de personalidad y patrones familiares que implican el grado de alarma frente a los síntomas capacidad de auto cuidado, además de la accesibilidad del médico o del sistema de salud y los valores o sistemas de creencias personales, culturales, y de la sociedad en la cual vive. El médico de familia atiende a sus pacientes y familiares en múltiples ocasiones y a través de largos períodos lo que le da una amplia oportunidad de llegar a conocerlos en sus maneras de comportarse frente a la enfermedad y el sufrimiento.

Problema. En general los médicos identifican problema de salud con enfermedad. Hemos sido educados para descubrir y curar enfermedades La enfermedad es una abstracción, es lo que el médico crea en términos científicos con los síntomas que le paciente le lleva y los hallazgos biológicos de algún trastorno. La enfermedad desde el punto de vista del médico significa una alteración en la estructura o en el funcionamiento biológico. El problema para el paciente puede ser distinto, es la enfermedad pero la mayor parte de las veces se refiere a las dificultades principales que los síntomas crean en su vida, por ejemplo el dolor que puede impedirle caminar, el dolor de cabeza que impide concentrarse en la tarea, la impotencia que puede llevar a problemas de pareja o aún al divorcio. El temor a morir, el miedo a sufrir, a llegar a ser un inválido. La rabia porque nadie puede ver o determinar objetivamente el dolor y por lo tanto aceptar la queja como real. Una persona puede sentirse desmoralizada o sin esperanza de curar. Se puede disminuir peligrosamente la autoestima por la pérdida de la salud, por alteraciones en la imagen corporal: Todos estos elementos son **los problemas del paciente** y constituyen lo que llamamos **Dolencia**. La manera como se vive la enfermedad es siempre una construcción social, cultural pero la manera como una persona experimenta una determinada enfermedad es única. Aunque suene paradójico hay formas “normales” de estar enfermo, formas socialmente apropiadas y formas anómalas. Las quejas que los pacientes llevan al médico también están determinadas por códigos lingüísticos comunes a una cultura, tanto en la forma de describir los síntomas, como de explicar el trastorno. Es además notable ver como el paciente le lleva al médico quejas o síntomas orgánicos aunque la razón de su consulta sea la angustia u otro tipo de problema. Esto también obedece a una cultura porque es lo que se supone que el médico sabe o le interesa escuchar y resolver. La dolencia irradia u oculta múltiples significados. Existe evidencia de que al examinar los significados particulares de la dolencia de un paciente sea posible romper el círculo vicioso que amplifica el distress. Descubrir los significados también puede servir para una atención más efectiva.

Significado de los síntomas. El síntoma tiene una significación ostensible como discapacidad o “distress”. Los significados de los síntomas son verdades establecidas en un sistema cultural local, como categorías de conocimiento que se proyectan al mundo en forma de “sentido común”, por ejemplo el mal de ojo, ser flaco es más saludable que ser gordo, un nódulo en una mama puede ser cáncer, la piel bronceada es síntoma de salud, etc. Y esos significados compartidos contribuyen a la apreciación compartida de lo que es estar enfermo y a entender las formas verbales y no verbales de expresar la enfer-

medad. Es importante conocer el efecto que la información masiva produce en las enfermedades que se ponen de moda, actualmente se sobre- diagnostica ADD, crisis de pánico, anorexia, debido a que se ha establecido una cultura mediática de la enfermedad y algunos pacientes llegan al consultorio con enfermedades construidas a partir de estas informaciones. Si el médico intenta encuadrar sus observaciones dentro de las categorías que él da por supuestas, permanecerá insensible a otros aspectos de la comunicación que comportan los síntomas.

Algunos datos históricos

La recomendación de centrarse en el paciente tiene sus antecedentes en **Osler** quien sugería este enfoque cuando decía a sus discípulos y contemporáneos "...proporcionen cuidados en forma particular a su paciente como individuo más que a las características específicas de la enfermedad". El concepto de Medicina Centrada en el Paciente versus Medicina Centrada en la Enfermedad fue acuñado por **Balint** y un grupo de médicos generales en Gran Bretaña en 1950. Este grupo de médicos generales (GP) y psicoanalistas liderados por **Balint**, se propuso investigar un método de entrevista que les permitiera a los médicos hacer un diagnóstico general que para ellos comprendía no solo de la enfermedad, sino además las circunstancias vitales y psicológicas de los pacientes, y así mismo desarrollar un modelo de entrevista que se adecuara a los tiempos de consulta del médico en esa época: 10 a 15 minutos. El grupo de **Balint** proponía un diagnóstico general que contuviera formulaciones referidas a las relaciones inter- personales del paciente, incluyendo su relación con el médico y las ansiedades específicas vinculadas a su sintomatología, es decir: un diagnóstico centrado en el paciente, que proporcionara la descripción de un ser humano cuyos conflictos y sufrimientos se pudieran reconocer y comprender en la consulta médica corriente. De acuerdo a esta **propuesta se esperaba que las decisiones del médico no se basaran sólo en estadísticas sino en las necesidades específicas del paciente individual.**

Un hito muy importante en el desarrollo de la Medicina Centrada en el Paciente fue el establecido por **Ian McWhinney**, un GP inglés que se estableció en Canadá donde fundó el Departamento de Medicina Familiar de la **Universidad de Western Ontario**. Allí trabajó sobre la razón real por la cual un paciente se presenta a la consulta y describió el escenario para explorarla tanto en amplitud como en profundidad de lo que resultó su **Método Clínico Centrado en el Paciente**. **McWhinney** considera que una persona se decide a consultar cuando los síntomas exceden el límite de tolerancia o el límite de ansiedad del paciente. En su modelo clínico centrado en el paciente la clave es permitir al paciente el mayor flujo de información incluyendo la expresión de los sentimientos.

Otra parte sustancial del modelo se debe al **Dr. Joseph Levenstein**, un Médico General de Sudáfrica. La siguiente anécdota es interesante: en una ocasión una de sus estudiantes de medicina le preguntó cómo sabía qué hacer con cada paciente de los muchos que atendía cada

día; él respondió que se basaba en el conocimiento previo de cada paciente, la frecuencia de las diversas enfermedades en su comunidad, la idea del cuidado integral, la prevención y la continuidad en la relación médico paciente. Sin embargo, no quedó conforme con su respuesta por lo que decidió investigar lo que pasaba en su consulta y grabó en audio sus entrevistas. Después de revisar mil consultas de audio se dio cuenta que su enfoque combinaba una investigación tradicional sobre la enfermedad y una investigación abierta hacia cualquier otra cosa que el paciente quisiera comentar pero el hallazgo más importante fue descubrir que las consultas en las cuales había logrado conocer las expectativas y preocupaciones del paciente habían sido más efectivas y que cuando perdía la clave o el indicio de la agenda oculta del paciente, la consulta era menos efectiva.

Los conceptos que se resumen en este texto parten de los desarrollos del grupo canadiense liderado por **McWhinney** en el cual participó inicialmente **Levenstein**, que ha desarrollado y aplicado estas ideas en el campo de la Medicina Familiar. El departamento de Medicina Familiar de la Universidad de **Western Ontario** ha tenido una larga trayectoria en la definición de principios, procesos, contexto y desarrollo académico de la Medicina Familiar. En la década del 80 se constituyó un grupo interesado en el desarrollo de este modelo, en el que participaron la Universidad de **Western Ontario** (Centro de Estudios en Medicina Familiar), **la Biblioteca Canadiense de Medicina Familiar** y la Unidad de investigación de Medicina Familiar de **Thames Valley** (una red de médicos de familia de la región) con una subvención del **Ministerio de Salud de la Provincia de Ontario**.

Componentes del método clínico centrado en el paciente

El grupo canadiense define los siguientes componentes de este método:

- I. Explorar la enfermedad y la dolencia**
- II. Conocer a la persona total del paciente (individuo, familia, contexto)**
- III. Establecer un campo común**
- IV. Incorporar prevención y promoción de la salud**
- V. Enriquecer la relación médico paciente**
- VI. Ser realista**

I. Exploración de la enfermedad y la dolencia

El término diagnóstico proviene del griego **diagignoskein** (distinguir, discernir) – el prefijo “dia” significa aparte y “gignoskein” significa aprender, en conjunto significan “separar los elementos para determinar la índole de un estado patológico; identificar una enfermedad”. El diagnóstico centrado en la enfermedad ubica las quejas, los síntomas del paciente dentro de un marco de referencia conocido y común para el médico y a veces para el paciente. Hacer un diagnóstico es un componente muy importante de la consulta, porque al reconocer y nombrar la enfermedad, se sale del ámbito de la incertidumbre, da la sensación de control (alguien sabe) y adicionalmente disminuye la ansiedad. El diagnóstico tradicional a nivel biomédico es una re-definición del malestar del paciente en términos abstractos que permite hacer generalizaciones a partir de las cuales se pueden iniciar tratamientos específicos.

Sin embargo hay una gran proporción de consultas en las cuales no se pueden definir enfermedades desde el punto de vista biomédico y sin embargo la persona se siente muy enferma, y también en otras ocasiones vemos pacientes con problemas serios de salud, enfermedades graves, que no se sienten enfermos. El diagnóstico traduce la dolencia o el malestar del paciente en términos bio-médicos, a fin de establecer una clasificación, una posible etiología, los efectos sobre el cuerpo o su funcionamiento, con el propósito de lograr un pronóstico y un tratamiento específico. En el nivel emocional sirve para darle sentido a una situación de incertidumbre, por lo que es tranquilizador tanto para el médico como para el paciente y su familia, al estructurar un problema sobre el cual se puede intervenir. La enfermedad se diagnostica usando los métodos tradicionales del modelo médico. El diagnóstico de la enfermedad no proporciona predicciones específicas y personales, solo da cuenta de una abstracción, no de la persona enferma. Aquí puede surgir un primer nivel de malentendidos porque los mismos términos pueden tener diferentes significados para el médico y para el paciente. A este tipo de diagnóstico tradicional el grupo de **Balint** lo denominó **diagnóstico centrado en la enfermedad**, que aunque es muy valioso y necesario no es suficiente. También tiene algunos riesgos, como la rotulación de las personas por sus enfermedades y que el éxito profesional se base en la capacidad para hacer diagnósticos.

- Pasos a seguir

A. Exploración de la enfermedad: es lo que aprendimos en nuestra formación: anamnesis, examen físico, estudios complementarios, diagnósticos diferenciales, diagnóstico definitivo, pronóstico, tratamiento.

B. Exploración de la dolencia: requiere de habilidades perceptivas e instrumentales muy específicas que deben emplearse en la búsqueda de los 4 elementos siguientes:

1. Las ideas del paciente acerca de lo que le sucede.
2. Los sentimientos del paciente, especialmente los de temor.
3. Las expectativas del paciente acerca del médico o la medicina en general.
4. El impacto que la sintomatología o sus vivencias tienen en su vida.

Esta búsqueda puede ser activa, haciendo preguntas directas y exploración; o pasiva, cuando se aguarda su aparición. También podemos explorar la dolencia empleando ambos tipos de búsqueda. Véase en más detalle:

1. Las ideas del paciente acerca de lo que le sucede:

El significado que la dolencia tiene para el paciente es un reflejo de su mundo interior (único y personal).

Podemos conocer estas ideas formulando preguntas como:

¿Qué piensa usted que le está pasando?

¿A qué lo atribuye?

¿Por qué cree usted que le está sucediendo esto?

¿Se relaciona esto con cosas que le pasan en su vida actual?

Es aconsejable realizar estas preguntas al final de la exploración del síntoma guía, ya que la respuesta dependerá de la forma en que preguntemos; si es muy al inicio de la exploración del síntoma, puede dar como respuesta el origen del mismo y no lo que él realmente cree que le pudo haber pasado. Por ejemplo: si preguntamos al principio ¿a qué cree usted que puede ser debido su dolor?, a un paciente que consulta por lumbalgia, la respuesta podría ser: “Puede ser que sea por el esfuerzo que hice el otro día, cuando estaba haciendo la mudanza”. Mientras que si al mismo paciente, le preguntamos lo mismo al final de la anamnesis, es más probable que la respuesta sea: “No sé, pienso que puedo tener una hernia de disco” o “Estoy pensando que algo se me rompió adentro”.

2. Los sentimientos del paciente (especialmente los de temor):

Para explorar los miedos pueden usarse apreciaciones como: “Lo veo preocupado...” o preguntas abiertas como: ¿Hay algo que lo preocupa de todo este problema? ¿Qué es lo que más lo preocupa de su problema? ¿Tiene temor por lo que pueda pasar?

Este es uno de los aspectos más relevantes dentro de las vivencias del paciente acerca de su enfermedad y es probablemente una de las principales razones por las que acudió a la consulta. Con frecuencia, lo expresan con una comunicación de tipo **no verbal**, pero si realizamos la exploración activa, dentro de un clima adecuado, obtendremos el resultado que buscamos.

3. Las expectativas del paciente acerca del médico y la medicina en general:

Las expectativas de los pacientes son múltiples: ser curado, encontrar alivio, encontrar una explicación para lo que les pasa, que el médico tenga determinadas características, que le realicen determinados estudios, que le indiquen determinado tratamiento, etc.; Las posibilidades son diversas y variadas.

Algunos ejemplos de preguntas para explorar las expectativas pueden ser:

¿Hay alguna cosa que usted piense que podríamos hacer para ayudarlo?

¿Hay algún manejo específico que usted espera para su problema?

¿Tiene en mente algún estudio para su problema?

¿Piensa en algún tratamiento especial para su problema?

¿De qué manera cree usted que puedo ayudarlo?

Realizar la búsqueda activa de expectativas evita que el paciente vaya acumulando cosas “en contra”, al no haber respondido a lo que él esperaba de nosotros o de la medicina. Además, hace que estas cosas “salgan a la luz” de manera controlada y los médicos no lo vivimos entonces como una resistencia del paciente, sino como “la opinión del paciente”, que nosotros mismos buscamos. Los conflictos, agresiones, resistencias, etc., que suelen presentar los pacientes, son debidos generalmente al hecho de no haber cubierto sus expectativas. Esto no significa que los médicos debemos hacer todo lo que los pacientes qui-

eran, deseen o tengan en mente, para evitar conflictos y satisfacer sus expectativas, sino que vamos a darles el espacio de tiempo necesario para que puedan expresarlas y nosotros tendremos la oportunidad de explicarles nuestro punto de vista.

Es conveniente que la exploración de las expectativas del paciente se realice al final de la fase resolutive de la entrevista y preferentemente después que hayamos expresado nuestra opinión sobre lo que debe hacerse acerca de su problema; esto demuestra un interés genuino por la opinión que tiene el paciente ante la pauta de actuación propuesta y genera un espacio para que pueda expresar las alternativas que él había pensado. Si la búsqueda se realiza antes, el paciente puede entender que el médico “no sabe qué hacer”, que no controla la situación y por eso le hace esas preguntas. En algunas ocasiones, la búsqueda activa de las expectativas del paciente es conveniente hacerla al principio de la entrevista. Esto es recomendable en el caso de pacientes con una demanda poco clara, confusa, entonces puede ser de ayuda preguntar: “Pero, Señor N, puede decirme más exactamente, ¿cómo puedo yo ayudarlo en este caso?”

4. El impacto que la sintomatología o sus vivencias tienen sobre su vida:

A veces, esta es la razón principal por la que consultan.

Pensemos, por ejemplo, en el caso de un ama de casa con hijos pequeños, que no consulta hasta que las molestias le impiden realizar las tareas del hogar; o en el caso de un conductor de taxis con un síndrome vertiginoso o en el de un trabajador de la construcción con una lumbociatalgia que le impide realizar su trabajo; o en un tenista con una epicondilitis, etc. Algunas preguntas que podríamos formular para explorar el impacto sobre su vida, serían del tipo:

¿Cómo afecta esto su vida cotidiana? Esto que le pasa, ¿le impide realizar alguna actividad?

¿Ha tenido que postergar algo por sus síntomas?

Existe un aspecto muy importante a tener en cuenta en la exploración conjunta de Dolencia y Enfermedad: la **comunicación**, que es:

- a) **Verbal** (sólo representa un tercio del proceso comunicativo)
- b) **No Verbal** (representa los dos tercios restantes).

A veces, los mensajes “no verbales” que nos envía el paciente se pueden contradecir con los “verbales” y viceversa. Se debe prestar atención al aspecto general del paciente (su aseo personal, excesivamente cuidado o descuidado, peculiaridades en la vestimenta, etc.), su conducta, sus actitudes, la posición corporal, postura que adopta, los gestos con los que se expresa, sus manos, la expresión facial, la mirada, la utilización del espacio, las características del para-lenguaje (características vocales del habla): ¿cómo dice lo que dice?: tono, timbre, intensidad, velocidad del habla, con sus pausas, vacilaciones, susurros, gruñidos, etc. El lenguaje verbal del paciente puede ser pobre e inadecuado por razones culturales, es en estos casos donde la comunicación no verbal es más importante aún.

El paciente puede venir a la consulta solo o acompañado por uno o varios familiares o amigos. La mayoría de las veces es conveniente dejarlos pasar y aceptar su presencia, de esta forma podemos tener información extra, observando las conductas de todos en la consulta. Por ejemplo, el caso del familiar que responde por el paciente, aun cuando las preguntas estén dirigidas a este último. Puede tratarse de un paciente extremadamente dependiente o de un paciente desvalido por falta de capacidad (hipoacusias, cegueras, etc.) o por trastornos en la memoria (demencias), etc. Los familiares nos pueden dar datos del paciente que éste puede desconocer (nacimiento, infancia, etc.). Los familiares pueden exponer sus opiniones acerca del problema que presenta el paciente, todos los detalles que nos transmiten suelen ser importantes para la mejor comprensión del problema que presenta nuestro paciente. Pero no debemos olvidar que el familiar es parte interesada, por lo tanto es conveniente tener una escucha crítica y objetiva.

Hay pacientes que han organizado su vida sobre una serie de “beneficios secundarios” de su “estar enfermo”, derivados de una estructura neurótica o psicósomática de personalidad; se debe estar atento a esto y tratar de captar cuáles son los beneficios secundarios del paciente. Cuando se explora conjuntamente dolencia y enfermedad, seguramente la pregunta: **¿Por qué y para qué consultó este paciente hoy?** - puede ser respondida.

Cuando no existe mucho tiempo en la consulta y la búsqueda activa de cada uno de los 4 elementos enumerados puede ser muy trabajosa, es la especial atención a la comunicación no verbal lo que puede hacer que la entrevista sea centrada en el paciente. En muchos casos, los 4 aspectos (ideas, sentimientos, expectativas e impacto sobre la vida del paciente) pueden estar relacionados, es entonces cuando con una sola pregunta salen a la luz los distintos elementos.

A veces, no es tarea fácil, “escuchar” al paciente, lo que requiere concentración e interés real en cada cosa que intenta comunicar, tanto verbal como no verbalmente. Como dice Ian Mc Whinney: **“Tenemos que escuchar no sólo con los oídos, sino también con los ojos, la mente, el corazón y la imaginación”**.

II. Conocer la persona total

Siguiendo a **Balint** el diagnóstico general tendría que tener en cuenta las presiones externas a las que está sometido el paciente, su mundo interior, su relación con personas significativas para él y también la forma que ha tomado la relación médico-paciente. El paciente que viene a la consulta es un padre o una madre, hijo, abuelo, etc., y tiene una historia, unas circunstancias presentes y un futuro. Tiene relaciones, obligaciones y una organización de su vida que puede ser saludable o no.

La personalidad saludable se define por un sólido sentido de sí mismo, autoestima positiva, una posición de independencia y autonomía, aparejada con la capacidad de relacionarse y de intimidad. Cada etapa del desarrollo vital tiene sus propias tareas evolutivas y roles que cumplir

así como riesgos biológicos y psicosociales. El contexto del paciente incluye su familia, amigos, trabajo, religión, escuela, y recursos de salud. El reconocimiento de este contexto permite que el médico vea los problemas de salud no como eventos aislados sino como respuesta o insertados en crisis vitales, stress, hábitos inadecuados, disfunción familiar, etc. El contexto familiar tiene una importancia particular porque es en la familia donde se aprenden pautas de salud o enfermedad, se transmiten enfermedades hereditarias o por estilos de vida, se cuida a los enfermos etc. La familia debe ser considerada como una unidad emocional, y una organización que pasa por ciclos bien definidos biológicos y socialmente pautados. Si la familia tiene una organización funcional y flexible va a transitar las diferentes etapas del ciclo vital sin demasiada amenaza para su estabilidad y ayudará al cambio. Si la organización familiar es rígida es más posible que se presenten problemas que pueden manifestarse como problemas de salud.

- Pasos a Seguir

A. Evaluar el contexto considerando los siguientes aspectos. **La familia, el nivel socioeconómico, el trabajo, la educación, la religión y el sistema de salud.** El médico de familia cuenta con un grupo de herramientas que son muy útiles a la hora de explorar estos aspectos, entre ellas **El Familigrama, el Ciclo vital familiar e individual, el Apgar familiar y la Escala de Holmes.**

B. Complementar las herramientas mencionadas con un grupo de preguntas directas, orientadas a indagar sobre la existencia de:

Conflictos interpersonales: ¿Como están las cosas en la familia, el trabajo, escuela, iglesia, etc)?

Pérdidas: (de familiares, amigos, trabajo, posesiones apreciadas, etc.)

Cambios: (migraciones, mudanzas, status social, etc.)

Desadaptación: (en el hogar, en el trabajo, en la comunidad). Aislamiento: (personas que viven solas, sin amigos, etc.)

Fracaso personal: (personas que sienten que fracasaron, que no lograron las metas en su vida).

C. Hay señales que pueden alertar sobre la existencia de un problema que requiere explorar más exhaustivamente el contexto:

Visitas frecuentes por dolencias menores.

Consultas por un síntoma que ha estado presente durante largo tiempo. Consultas por una enfermedad crónica que al parecer no ha sufrido modificaciones.

Desproporción entre el malestar del paciente y la naturaleza relativamente benigna de los síntomas.

Falta de recuperación de la enfermedad, lesión u operación en el tiempo esperado.

Falta de restablecimiento de la tranquilidad del paciente dentro de un lapso razonable.

Visitas frecuentes con los mismos síntomas o por múltiples motivos. Consultas frecuentes de un/a padre/madre con un hijo que presenta problemas menores (el niño como emergente sintomático).

Visitas de un paciente adulto acompañado por un familiar.

III. Establecer un campo común, acuerdos

Durante el encuentro clínico tanto el médico como el paciente definen y logran acuerdos sobre lo que es importante o prioritario para la salud y/o calidad de vida del paciente. Esto puede sonar un poco extravagante, dado que en nuestro medio se privilegia el modelo paternalista y/o autoritario de la relación médico paciente en el cual el médico es el dueño del saber y a veces hasta cree que es dueño del paciente. Es deseable que entre médico y paciente haya acuerdo en las siguientes áreas:

A. Definición del problema. Si no hay acuerdo sobre la naturaleza de lo que está mal es difícil establecer un plan de manejo aceptable para ambos. Así hay que acordar si lo que el médico interpreta y presenta como problema es coincidente con lo que el paciente vive como problema. Todas las personas tienen algún modelo explicativo de su dolencia y es necesario que el médico lo investigue y reconozca, no porque tenga que aceptarlo como verdadero, sino porque la expectativa o los temores del paciente están basados en su forma de explicar la enfermedad que padece. La recomendación terapéutica debe ser consistente con la visión del paciente y dar sentido a su concepción de la enfermedad. Los modelos explicativos del médico y del paciente acerca de un problema de salud pueden ser convergentes lo que facilita las prescripciones e indicaciones de manejo, o pueden ser divergentes lo que hace necesario un proceso de “negociación” con el paciente, en donde es importante no personalizar el rechazo del paciente a su idea sino evaluar más ampliamente la experiencia del paciente o sus expectativas.

B. Establecer objetivos y metas del tratamiento. Este paso se relaciona con el conocimiento de las expectativas que el paciente tiene de la consulta actual. Si se sintió escuchado va a escuchar al médico. Aquí es donde entra en juego la empatía, que es la capacidad de penetrar en el mundo emocional (temores, confusión, esperanzas) del paciente. Aparte de la capacidad empática es también útil hacer preguntas específicas como: ¿Podría decirme que es lo que usted espera de mí hoy? ¿Cómo espera (o quiere) que lo ayude con este problema? Conocer los recursos de los que dispone el paciente, sean estos emocionales, de apoyo social, económicos, de sistema de salud, etc. es también una condición para lograr acuerdos. El establecimiento de objetivos y metas también debe tener en cuenta las soluciones que ya ha intentado el paciente sea por sí mismo o por intermedio de otros profesionales, y saber si han tenido éxito o fracaso. Así podemos ahorrarlos dar indicaciones que ya fracasaron para el paciente. Lo que se llama no-adherencia a las indicaciones, puede ser la expresión de un desacuerdo del paciente con respecto a su enfermedad o tratamiento. Si no se reconoce la agenda del paciente es difícil lograr acuerdos.

C. Aclaración de las tareas que asumirán el médico, el paciente y la familia. Si el médico basa la valoración de su trabajo en diagnosticar y curar enfermedades puede tender a tratar a sus pacientes como objetos pasivos. Pero a veces los pacientes están buscando un médico que exprese interés y preocupación por su bienestar, que lo vea como un ser autónomo con derecho a tener voz en las decisiones acerca

del tratamiento, de su cuerpo y de su vida. El médico debe también establecer claramente sus expectativas acerca de la participación del paciente en el tratamiento y ver qué está dispuesto a hacer o cambiar para mantener o recuperar su salud (motivación). Esto es válido particularmente con adultos autónomos. En caso de niños, o personas dependientes o con problemas severos de salud es necesario apoyarse en la familia como recurso principal para el cuidado del paciente. Cuando se trata de enfermedades crónicas que exigen cambio de hábitos de vida no se debe ser ingenuo y pensar que la indicación va a generar un cambio. Muchas veces es preciso establecer contratos específicos y hacer un seguimiento prolongado. Así como hay médicos autoritarios hay pacientes demandantes de esa autoridad, hay pacientes dependientes que depositan en el médico la responsabilidad total por su salud y creen que lo frustran cuando no cumplen una indicación, otros pacientes tienen dificultad en aceptar una posición de pasividad y tratan de mantener el mayor grado de control sobre su vida. Para cada uno de estos casos el médico debe tener una adecuada forma de respuesta y de relación.

D. Logro de objetivos comunes: Comienza desde antes de la fase de toma de decisiones, como se dijo con la exploración de las necesidades, expectativas y modelos explicativos que el paciente tiene respecto a su problema de salud. Una vez arribado a alguna conclusión diagnóstica el médico describe en forma clara y con lenguaje adecuado a la edad y nivel de comprensión del paciente su definición del problema, las metas del tratamiento y los roles de cada uno. Luego debe dar lugar a preguntas, dudas o preocupaciones del paciente, discusión mutua de estas y luego la explicitación de los acuerdos. En el caso de no lograr un acuerdo el médico debe flexibilizar su posición y tratar de “negociar” con el paciente.

IV. Incorporar prevención y promoción de salud

La prevención y la promoción de la salud son actividades de gran importancia en la tarea que desarrolla el médico de familia en la consulta con cada paciente. En cada etapa del ciclo vital familiar se han identificado y validado recomendaciones específicas sobre la utilidad del examen físico, exámenes complementarios, asesoría, inmunizaciones, guías anticipatorias y alertas. McWhinney sostiene que cada consulta debe ser una oportunidad para decidir qué medida o medidas preventivas pueden aplicarse a un determinado paciente. Estas herramientas se detallan en el capítulo de prácticas preventivas incluido en su famoso manual de “Medicina de Familia”.

V. Enriquecer la relación médico paciente

La relación médico-paciente implica diversos componentes: cuidado, sentimientos, confianza, poder, y sentido de propósito. El propósito en la relación médico-paciente es ayudar al paciente. Se considera en general que el médico debe poseer ciertos atributos que facilitan el desarrollo de una relación terapéutica: empatía, congruencia, respeto, confianza, honestidad, ser capaz de preocuparse por el otro y de cuidar. La confianza debe ser mutua y por supuesto la disposición a compartir el poder y aceptar las diferencias.

Cassell en 1991 describió el papel de la confianza y reciprocidad en la relación médico paciente: "Los médicos son personas que debido a sus conocimientos especiales están investidos de poder para actuar en virtud de la confianza otorgada por los pacientes y por lo mismo adquieren responsabilidades. En sus acciones en beneficio de la persona enferma, con el peligro de fallar sus responsabilidades, los médicos se sienten amenazados por lo que amenaza al paciente. Doctor y paciente están ligados en una relación recíproca- si no se comprende esto no se puede comprender la medicina clínica". Esto es ideal pero la relación médico paciente no siempre es recíproca. El compromiso del médico excede los fracasos debidos a limitaciones o patología del paciente. No podemos limitar nuestra atención a pacientes que nos garanticen adherencia o "buena conducta" o salud mental. Tener en cuenta lo siguiente:

A. *El poder en la relación médico paciente.* El tipo de relación que se propone en este modelo demanda compartir el poder y el control entre el médico y el paciente. La cualidad de una relación dentro de la cual sea posible encontrar un campo común y hacer acuerdos implica una disposición por parte del médico y del paciente de ser colaboradores en el proceso de cuidado de la salud. Por ejemplo un adolescente que necesita información (de un experto) también necesita mantener el control de su propia vida porque desea ser tratado como un adulto y al mismo tiempo ser cuidado. El médico debe mantenerse abierto y alerta a esas necesidades cambiantes de control por parte del paciente, como un aspecto esencial de la colaboración. La alianza terapéutica resultante se relaciona con el incremento de la sensación de autoeficacia- es decir la sensación de estar en control de sí mismo y de su mundo.

B. *Cuidado, continuidad y constancia.* Significa estar completamente presente e involucrado con el paciente. La cercanía emocional es terapéutica porque hace sentir al paciente reconectado con la humanidad, sentimiento que se pierde cuando hay sufrimiento físico o emocional. Un aspecto esencial en el cuidado es reconocer las diferencias y particularidades de cada persona. Algunos recomiendan que el médico permanezca no involucrado, como un observador no participante y que prescriba un tratamiento. Permanecer no involucrado puede proteger al médico de cosas muy movilizadoras especialmente en el encuentro con el sufrimiento. Pero también es un riesgo personal. Permanecer desapegado implica construir barreras para suprimir los sentimientos y esto tiene un precio también en sus demás relaciones y en su vida. Además es una falacia creer que uno puede no ser afectado por, o mantenerse al margen de cualquier encuentro con el sufrimiento. ¿Qué significa estar involucrado?; Hacerlo bien es crucial en el cuidado de los pacientes pero es difícil llevarlo a la práctica. El problema es que ninguno de nosotros es tan bueno en reconocer como nuestras emociones más egoístas pueden invadir nuestras acciones. Nuestra auto-absorción no reconocida puede interferir con el cuidado en muchas formas: incapacidad de enfrentar el sufrimiento, nuestro compromiso en la carrera con un determinado punto de vista o procedimiento, la rabia cuando un paciente cuestiona nuestros merecimientos o cuando el paciente se nos convierte en un instrumento de alguna

cruzada personal. Algunas veces la dificultad es una falla en reconocer que lo que un paciente necesita es muy simple: un reconocimiento de su sufrimiento o quizás nuestra presencia en el momento necesario.

C. Curar. Curar el cuerpo y curar la persona no van siempre de la mano. La curación de una persona implica que se restaure su sentimiento de invulnerabilidad, de integración, y control.

D. Autoconocimiento. El trabajo de un médico tiene impacto en su persona así como en el paciente. El autoconocimiento puede ser un flujo natural de la reflexión sobre la experiencia y el compartir esas reflexiones con colegas, amigos, familia. Puede enriquecerse más por la supervisión o la consulta. Epstein propone tres vías posibles para el desarrollo del autoconocimiento:

- 1) grupos **Balint**.
- 2) grupos sobre familia de origen para ver como las familias de origen influyen las relaciones con los pacientes
- 3) grupos de crecimiento personal desarrollados de los aportes de **Rogers**.

Cualquiera que sea la fuente el autoconocimiento es imperativo. Es necesario conocer sus fortalezas y debilidades. ¿Cuáles son sus puntos ciegos o disparadores emocionales que evoquen una respuesta negativa para ciertos pacientes? El autoconocimiento implica confrontar el bagaje emocional que emana de nuestra familia de origen y que facilita o dificulta nuestras relaciones actuales. El autoconocimiento tiene un valor positivo en que promueve y nutre cualidades de empatía, honestidad, y cuidado.

VI Ser Realista

Los problemas de los pacientes son cada vez más complejos y multifacéticos, el tiempo escaso, los recursos mínimos y las energías emocionales y físicas de los médicos están excesivamente exigidos y las demandas burocráticas son abrumadoras. Para sobrevivir es necesario ser realista sobre lo que un médico solo puede lograr en el modelo centrado en el paciente, dadas las limitaciones humanas. Ser realista implica no abordar utopías de salud, saber a que esta dispuesto un paciente, cual es su compromiso y con qué recursos de cuenta.

A. Tiempo y oportunidad. Afirmamos que las consultas en las cuales se logra la comprensión de la dolencia y la enfermedad, el conocimiento de la persona total del paciente y que entre médico y paciente se pueda establecer un campo común no son necesariamente consultas de mucho tiempo (en Canadá 9 minutos). Tales consultas son el mejor uso de los recursos a largo plazo, al evitar que el paciente regrese a buscar un reconocimiento más adecuado de sus problemas, pedidos de análisis o de derivaciones innecesarias debido a que los problemas no fueron jerarquizados adecuadamente. No todas las áreas de los problemas que lleva el paciente se exploran en cada visita. Justamente uno de los puntos fuertes del médico de familia es la atención longitudinal del paciente, lo que le da la posibilidad de explorar problemas complejos a lo largo del tiempo. Una vez establecida una relación cercana y de confianza entre médico y paciente se puede llegar al corazón de los problemas rápidamente. Si bien no es necesario ocuparse de

todos los problemas de todos los pacientes en cada consulta, si es necesario poder reconocer cuando un paciente necesita más tiempo. Cuando un paciente se presenta con múltiples problemas es necesario establecer cuales son los aspectos o asuntos que más presionan en ese momento. Esto requiere establecer prioridades, guiándose por las mayores preocupaciones del paciente y la evaluación de la gravedad potencial de los problemas. Cuando la seguridad del paciente o de otra persona están en juego el rol del médico debe ser más directivo. Cuando se establecen prioridades hay que tratar de resolver de forma efectiva el tema y abrir la expectativa de que en otra oportunidad se tratarán los problemas pendientes. Una experiencia frustrante para el médico es la queja del picaporte - aquella pregunta o problema singular que plantea el paciente cuando está por salir del consultorio y que conviene registrar para poder abordarla en consultas posteriores.

B. Acceso a recursos y construcción de equipo. Es imposible en las grandes ciudades conocer todos los recursos disponibles para apoyar las acciones de salud de los pacientes. Pero sin ninguna duda hay que tener la disposición de conocer el contexto en el cual viven sus pacientes y el acceso a recursos.

1. Modelo de Coordinación. Se trata de coordinar acciones de diversos cuidadores necesarios para satisfacer las necesidades de los pacientes. Se delegan tareas apropiadas a cada disciplina. Tiene el inconveniente de encasillar y fragmentar al paciente y confusiones acerca del acceso a los diferentes recursos.
2. Modelo de Cooperación. Juntar un grupo de profesionales para intercambiar ideas e información acerca de un caso específico. No garantiza cuidado integral del paciente y lleva a la fragmentación.
3. Modelo Colaborativo. Tiende a ser más flexible y cruza barreras disciplinarias; capitaliza la experiencia y conocimientos de todos los participantes. Requiere una distribución equitativa de responsabilidad y poder. En este modelo se incluye la participación activa del paciente y la familia.

¿Cómo aplicar el método de la Medicina Centrada en el Paciente?

Luego de esta explicación detallada del método de la Medicina centrada en el Paciente, el mayor desafío es llevarlo a la práctica. Cabe recalcar que no es necesario (ni posible) abordar todos los aspectos de este modelo en una sola consulta, pero que siempre es posible incorporar algunos aspectos, lo cual a lo largo del tiempo facilita el trabajo con los pacientes. Un punto fundamental que no conviene olvidar en ninguna de las consultas es la **jerarquización** de los problemas. Consiste en elaborar una lista de lo que preocupa al paciente y al médico (agenda de cada uno) al principio de la consulta y seleccionar de manera conjunta el orden en que se abordarán los problemas y cuáles podrán atenderse en esa consulta. El resto se pospone para consultas ulteriores. Si el médico se toma el trabajo de hacer esta tarea la utilización del tiempo se optimiza. La gran dificultad para médico y paciente durante esta tarea consiste en caer en la tentación de profundizar rápidamente en un problema, sin tener en cuenta si es el más relevante para esa consulta. Focalizar la consulta en un número acotado de problemas es primordial pero conviene priorizar el establecimiento

de una buena relación médico paciente.

Otro aspecto de gran importancia es incorporar a la historia clínica información sobre el contexto del paciente: trabajo, familia, amigos, instituciones o grupos a los que pertenece. Contar con esta información incluso antes de que surja un problema, permite identificar recursos a los que recurrir si en algún momento se hace necesario por la condición de salud del paciente y ayuda a establecer una relación persona a persona con el paciente.

Explorar la **dolencia** y el **contexto** siempre que sea posible es recomendable. Ian McWhiney sugiere que el médico después de la entrevista debería poder responder las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué vino el paciente?
2. ¿Por qué ahora?
3. ¿Qué significado tienen sus quejas?
4. ¿Cómo percibe él mismo su problema?
5. ¿Cuál es el problema principal?

Estas preguntas pueden ser orientadoras para organizar la anamnesis a fin de obtener buena información sobre la dolencia y el contexto del paciente en la consulta.

Gary Grey, propone usar un acrónimo que puede traducirse al castellano como **FIES** para recordar cómo evaluar la **dolencia** y el **contexto**:

F: Función o funcionamiento: Impacto en la vida cotidiana. ¿Cómo afecta la enfermedad su vida cotidiana? ¿Hay cosas que desea hacer pero no puede?

I: Ideas acerca de lo que sucede. ¿Cuál piensa que es el significado de este síntoma?

E: Expectativas: ¿Cuáles son sus expectativas – respecto al proceso de la enfermedad, a usted mismo, a los demás, a los cuidadores, a mí?

S: Sentimientos: Especialmente miedos y esperanzas específicas. ¿Tiene alguna preocupación o algún miedo que yo debería conocer? ¿Qué esperanzas tiene?

Un punto más que convendría incluir en toda consulta es la búsqueda de compromiso del paciente y acuerdo con el mismo. Hacia el final de la consulta, el médico puede favorecer este proceso a través de las siguientes acciones y preguntas:

Estimular la discusión: ¿Qué piensa? ¿Qué le parece este plan? ¿Está de acuerdo con mi evaluación del problema? ¿Tiene algún problema para tomar medicamentos?

Invitar a hacer preguntas: ¿Hay algo que dije que usted no haya comprendido? ¿Tiene alguna pregunta?

Estimular el “feedback”: ¿Hay alguna razón que le impida...seguir este plan? ¿...venir al control? ¿...tomar este medicamento?

Buscar claridad y consenso: ¿Disiente con algo que yo haya dicho hasta ahora? Corríjame si estoy equivocado...

Abordar desacuerdos: Definir clara y abiertamente el desacuerdo e involucrar al paciente en la solución. ¿Cómo vamos a resolver este desacuerdo?

Estas pautas no son completas, buscan mostrar que no es tan complicado trabajar desde el modelo clínico centrado en el paciente. La forma personal y creativa que cada médico encuentre al aplicar este modelo forma parte del arte de la Medicina.

¿Por qué adoptar el método de la Medicina Centrada en el Paciente?

Siempre existe resistencia al cambio, por lo tanto debe haber buenas razones para que uno decida cambiar. ¿Cuál sería la razón para adoptar el modelo de Medicina centrada en el paciente en lugar del de Medicina centrada en la enfermedad?

Las motivaciones pueden ser variadas. Ciertos profesionales pueden hacerlo (incluso sin conocer este método en teoría) en base a su ideología, sus valores, sus creencias o la necesidad que su trabajo les impone día a día. Sin embargo, también existe evidencia científica que avala la adopción de este método.

Se ha demostrado que la Medicina centrada en el Paciente aumenta la satisfacción tanto del médico como del paciente; disminuye los litigios por mala praxis; reduce la utilización de los servicios de salud en términos de exámenes complementarios e interconsultas; y, lo que es más importante, mejora la recuperación de problemas recurrentes en adultos, así como la salud emocional de los pacientes. Todo esto en el mismo tiempo que una consulta habitual. Se ha sugerido también que este método puede mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos. A la luz de estos datos, la aceptación de la Medicina centrada en el paciente es una necesidad en tiempos en los que los gastos en salud crecen desmesuradamente, los juicios a médicos se hacen más habituales, la disconformidad de médicos y pacientes aumenta y la salud en muchos casos pierde su lugar preponderante en los sistemas de salud.

Bibliografía

1. The Illness Narratives. Arthur Kleinman, M.D. Basic Books 1988
2. Expanding the Context: Explanatory Model Questions Mauksch and Roesler, 1990, Family Systems Medicine
3. Seis Minutos para el Paciente. Enid Balint, JSNorell compiladores. Paidós 1992
4. Patient Centered Medicine- Transforming the Clinical Method. Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam, Freeman . Ed. SAGE 1995
5. Medicina de Familia. Ian McWhitney. Mosby Doyma Libros 1995

6. Concerns & Expectations in Patients Presenting with Physical Complaints Marple RL, Kroenke K, Lucy CR, et al. Arch Intern Med. 1997;157:1482-1488
7. Herramientas de la Medicina Familiar: El Proceso Clínico Centrado en el Paciente, Rubén Roa, Julio Siede; Programa de Educación Continua en Medicina Familiar, Módulo 3, Construir Salud, 15-35, 1999
8. Cues and Clues to PPI Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses: a call for active listening. Arch of Fam Med. 2000;9:222-7
9. Patient Clues Levinson W, et al. A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. JAMA 2000;284: 1021-1027
10. "Tell Me about yourself": The Patient-Centered Interview, Annals of Internal Medicine; 2001 Volume 134 • Number 11, 1079-1085, www.annals.org
11. Essential Elements of Communication in Medical Encounters Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Acad. Med. 2001;76:390-393.
12. Teaching Patient-centered Care, Gary R. Gray. Fam Med 2002;34(9):644-5.
13. Patient-Centered Care in the Exam Room at Warp Speed - The Essential Role of Good Clinician-Patient Communication, Lee Jacobs. The Permanente Journal/ Fall 2003/ Volume 7 No. 4
14. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes, Moira Stewart, Judith Belle Brown, Allan Donner, Ian R. Mcwhinney, Julian Oates, W. Wayne Weston, John Jordan. Journal of Family Practice, Sept. 2000.
15. Medicina Centrada en el Paciente, Pilar Vargas; Curso Básico de Medicina Familiar, 2002
16. Medicina Centrada en el Paciente, Pilar Vargas, Carlos R. Cantale; Curso Básico de Medicina Familiar, 2003.
17. Modelo Clínico Centrado en el Paciente, Dra. Mirta Sáez Unidad Temática Nº 9, Curso Introducción a la Medicina Familiar AAMF 2005

CAPÍTULO VI

La prevención de enfermedades y la promoción de la salud en Medicina Familiar. Niveles de prevención

Dr. Andrés Szwako

Según el diccionario de la Real Academia Española, prevención es una medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa; y, la promoción es la acción de promover y esto es iniciar o impulsar una cosa y un proceso, procurando su logro.

La promoción de la salud en 1986 según la Carta de Ottawa consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En 1990 para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Principios básicos para la promoción de la salud según la OMS

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.

Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Áreas de acción establecidas en la Carta de Ottawa

- Construir políticas públicas saludables.
- Crear ambientes que favorezcan la salud.
- Desarrollar habilidades personales.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Reorientar los servicios de salud.

Uno de los desafíos políticos es desarrollar una Política de Estado en Promoción de la Salud intersectorial y participativa, destinada a lograr estilos de vida y ambientes saludables, junto con motivar un compromiso activo de la sociedad con su salud y calidad de vida. Se trata de desarrollar un modelo de política pública que beneficie a todos los ciudadanos sin distinción, cuente con legislación y financiamiento adecuados y trascienda los gobiernos a partir de metas consensuadas en la búsqueda del bien común.

En estos momentos, la actividad fundamental de los médicos y de los demás profesionales sanitarios que trabajan en los centros asistenciales es básicamente la atención curativa de las personas enfermas que acuden a las consultas en demanda de solución algún problema de salud. Atender al paciente enfermo que llega es indicar un tratamiento curativo, es, lo que conocemos como asistencialismo.

Debemos cambiar un paradigma que es el atender solo en los hospitales y a las personas enfermas y que vienen para la atención. Cambiar a un enfoque biopsicosocial, de prevención, de promoción de salud.

Podríamos delimitar algunas estrategias para la promoción de salud:

-Legislación:

Deberíamos tener una legislación bien clara con respecto a la política nacional de salud con respecto a la promoción de salud. Aunque según la Constitución Nacional vigente, la salud es un derecho de todos, la implementación de la promoción aun no es palpable.

- Comunicación Social:

La comunicación social en promoción tiene el papel de sensibilizar, dar información, aumentar la motivación al cambio de comportamiento en relación al estilo de vida y ambiente. Para su eficacia, requiere mensajes claros, continuos, accesibles, con significado y recursos suficientes, reconociendo las oportunidades del marketing social y la diversidad de medios que hoy día existen: masivos, locales, directos, indirectos, interactivos.

-Participación Social

La participación social y la organización comunitaria son ejes fundamentales en promoción de la salud.

Desde la Promoción de Salud se impulsa la creación de relaciones de cooperación, el ejercicio de la responsabilidad social en salud, la constitución de distintos espacios y canales de participación.

-Reorientación de Servicios de Salud

La reorientación de servicios con fines de promoción de salud, implica un cambio profundo en la concepción y práctica de salud. Requiere que los Servicios de Salud respondan al actual perfil epidemiológico, incorporando acciones de Promoción a nivel individual, familiar y comunitario. Esto significa readecuar el modelo de atención de salud, especialmente en el primer nivel, transformando los actuales consultorios de atención primaria organizados en torno a lo materno infantil y a lo curativo en centros promocionales y preventivos con acciones

específicas sobre los condicionantes, como son las consejerías, talleres grupales y otras actividades educativas y comunitarias en alimentación, actividad física, tabaco, factores psicosociales y ambientales.

-Otras estrategias:

Es posible diseñar estrategias de actuación que incidan sobre distintos grupos poblacionales: la población general, la asignada al equipo de salud, la que acude espontáneamente a la consulta o la de alto riesgo. Por supuesto que cada una de éstas tiene ventajas e inconvenientes que deben valorarse adecuadamente en cada caso, en razón de varios factores que influirían en el resultado y del tipo de programa o actividad que se quiera desarrollar, los recursos disponibles localmente o del sistema de salud y de los factores de riesgo sobre los que se piense actuar.

-Estrategias temáticas:

Este grupo de estrategias de promoción actúa en cada factor por separado. Por ejemplo: en tabaquismo, sedentarismo, obesidad, etc.

Gestión y Evaluación de Promoción de la Salud

Un Plan Nacional de Promoción de la Salud mantiene un sistema de monitoreo y realiza evaluación de carácter cuali-cuantitativa. Al mismo tiempo se implementa un proceso de sistematización de experiencias y de recolección de buenas prácticas.

La evaluación en todo proceso es necesario y obligatorio, ya que así se puede realizar la retroalimentación y mejorar el plan.

PREVENCION: NIVELES Y CONCEPTOS.

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud.

Por lo anterior se dice que la prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención.

Según la OMS, la prevención es toda medida destinada no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida

La prevención esta muy ligada al proceso de enfermedad, es por eso que debemos saber que la enfermedad es el resultado de un proceso dinámico en el que los agentes etiológicos y factores de riesgo interaccionan con el huésped. Entre el inicio de la exposición a los agentes y factores y el comienzo de la enfermedad existe un período de

inducción / incubación, que suele ser corto para las patologías agudas (infecciosas) y accidentes y largo para las crónicas.

En la historia natural de las enfermedades suelen distinguirse tres periodos, prepatogénico, patogénico y de resultados.

La siguiente figura, esquematiza la relación entre los periodos de la enfermedad y los niveles de prevención.



El periodo pre patogénico comienza con la exposición a los factores etiológicos o de riesgo y en él influyen un papel importante los elementos que favorecen la susceptibilidad (o las debilidades) del huésped para padecer la una enfermedad.

Los factores de riesgo, pueden definirse como cualquier exposición, condición o característica que está asociada a una mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad, pueden ser no modificables (edad, sexo) o, modificables, es decir, ser

susceptibles de cambios inducidos por actuaciones de prevención primaria, que pueden llegar a eliminarlos o, por lo menos, conseguir un descenso significativo de la exposición del sujeto a ellos.

En el segundo período, que es el patogénico se distinguen habitualmente dos estadios o fases: la pre sintomática (sin síntomas ni signos de enfermedad) y la clínica. Durante la primera de ellas ya se han iniciado los cambios anatomopatológicos inducidos por el agente causal pero aun no hay evidencia clínica o no hay síntomas que el paciente manifieste, y, en la segunda, estas alteraciones orgánicas ya son lo suficientemente importantes como para dar lugar a manifestaciones en el paciente y éste ya refiere o manifiesta síntomas.

La historia natural de las enfermedades acaba en un período de resultados, consecuencia del avance, detención o retroceso de las alteraciones orgánicas inducidas por los agentes causales y las posibilidades son la curación, la cronificación de la enfermedad, la incapacidad del paciente o alguna secuela o la muerte del paciente.

Los tres **niveles de actuación preventiva** están en íntima relación con estas fases de la historia natural de las enfermedades:

Las actividades de **prevención primaria** se define como el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo es disminuir su incidencia. Este grupo de actividades se desarrolla en el período prepatogénico, antes del inicio de los estímulos inducidos por los factores etiológicos que provocarán la enfermedad. Dentro de las actividades de prevención primaria se incluyen generalmente las de promoción de la salud (dirigidas a las personas) y las de protección de la salud (realizadas sobre el medio ambiente).

Ej: Inmunizaciones, educación en salud, promoción de salud, evitar iniciar el habito tabáquico, etc.

Las actividades de **prevención secundaria** pretenden detener la evolución de la enfermedad mediante actuaciones desarrolladas en la fase preclínica, cuando aún los síntomas y signos no son aparentes (el paciente aun no manifiesta no refiere síntomas) pero existen en estado embrionario o subclínico y, por ello, permiten detectar precozmente el proceso patológico y poner en práctica las medidas necesarias para impedir su progresión. La prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad. El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de screening, cribado o detección.

Ej: Papanicolaou, mamografías, toma de la Presión Arterial en todas las consultas, etc.

Las actividades de **prevención terciaria** son aquellas que están dirigidas al tratamiento y/o rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida, aquí la enfermedad está presente con síntomas o signos, y lo que se quiere lograr es enlentecer su progresión y con ello, enlentecer la aparición de complicaciones e invalideces e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Ej: tratamientos específicos, cirugías, quimioterapias, etc.

Las actividades preventivas y de promoción de la salud podrían ser recomendadas de forma sistemática para un grupo poblacional específico o indicarse de forma individualizada, de acuerdo a que factores de riesgo presente una persona determinada.

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y/o paliar el daño provocado en los pacientes por la intervención médica.¹ Toda actividad médica acarrea, en mayor o menor medida, la posibilidad de dañar al paciente. La decisión de aplicar una prueba diagnóstica, prescribir un medicamento, indicar una intervención quirúrgica u observar sin intervenir depende del balance entre el beneficio y el daño. (Kopitowsky, 2013)

EJEMPLOS DE PREVENCIÓN
<p>PRIMARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmunizaciones, educación, etc
<p>SECUNDARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudio de cuello uterino, mamografías, toma de presión arterial, etc.
<p>TERCIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibioticoterapias, rehabilitación, etc.
<p>CUATERNARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - No indicar estudios innecesarios, evitar medicalizar a la persona, etc.

Podemos también tener en cuenta la clasificación de Stevenson, quien refiere que existen una prevención presuntiva, que es aquella que trata de modificar una condición asociada o previa a la enfermedad vinculada a su etiología, prevención relativa la que una vez aparecido el trastorno se trata para evitar mayores consecuencias, y la prevención absoluta que va hacia la anulación de las causas y la aplicación de medidas científicas (Bleger, 1994).

Condiciones y criterios para la prevención
El inicio de programas y actividades de prevención y promoción de la salud requiere la consideración de múltiples factores que

pueden alterar, en definitiva, su pertinencia y viabilidad. Esto es, debemos tener en cuenta factores prácticos, económicos, culturales, epidemiológicos, etc.

Según Sackett, hay que considerar que las actividades preventivas, y especialmente las basadas en el diagnóstico precoz, también tienen efectos secundarios: los **falsos positivos** en donde el resultado de alguna prueba diagnóstica, le da como portador o enfermo a un paciente, pero en realidad no lo está, producen una ansiedad innecesaria y la práctica de pruebas de confirmación diagnóstica; y también se ha objetivado el fenómeno del **etiquetado del paciente**, que es el proceso psicológico producido en una persona que se siente sana al comunicársele la probable existencia de alguna enfermedad; por ejemplo, que es hipertensa o diabética.

Antes de recomendar el inicio de un programa de prevención secundaria respecto a determinado problema de salud o grupo de ellos, se debe tener en cuenta algunos factores que son:

1. **Relativos al problema de salud.**
2. **Relativos a la aplicación del programa.**
3. **Relativos a la prueba o pruebas a realizar.**

Los relativos al problema de salud fueron fijados por Wilson y Junger en 1969 y siguen tan vigentes hasta el momento de publicación de este material (2018):

- El problema o enfermedad ha de tener una frecuencia y una importancia elevadas, a nivel individual y/o comunitario.
- La prevalencia ha de ser significativa.
- La historia natural ha de ser conocida y en ella debe existir una fase latente o pre sintomática identificable.
- Los criterios diagnósticos del proceso deben estar claramente establecidos.
- El tratamiento y control del proceso debe poder ser realizado con medios habituales y aceptables.

Los relativos a la aplicación del programa se basan en la valoración de los siguientes criterios:

Eficacia. Es el grado en el que un determinado programa origina un resultado beneficioso en condiciones experimentales -generalmente medido como una disminución en la mortalidad.

Efectividad. Es el grado en el que un programa puesto en práctica logra lo que se pretende conseguir para una población determinada.

Factibilidad. Factor relacionado con la aceptación del programa por la población y los profesionales que han de aplicarlo, así como con la disponibilidad de los recursos de todo tipo necesarios para poder realizar las medidas propuestas con un nivel de calidad adecuado.

Eficiencia. Entendida como la relación entre los resultados producidos por el programa y los costes generados por su aplicación.

Validez o capacidad de las pruebas utilizadas para medir realmente un fenómeno determinado, es decir, la ausencia de error sistemático (sesgo). La validez tiene dos componentes: sensibilidad y especificidad.

Se entiende por **sensibilidad** la capacidad de la prueba para clasificar como positivos a los individuos que realmente sufren la enfermedad (probabilidad de obtener un resultado positivo cuando el sujeto padece la enfermedad) y por especificidad a la capacidad para clasificar como negativos a los que no la padecen (probabilidad de obtener un resultado negativo cuando el individuo no tiene la enfermedad).

Aceptabilidad de la prueba por parte de las personas en las que se piensa realizar y también por los profesionales sanitarios que han de practicarla. En general, deben preferirse los procedimientos diagnósticos sencillos y cómodos y que no requieran un alto grado de adiestramiento profesional, ya que serán los mejor aceptados y con los que se obtendrá un mayor nivel de cumplimiento.

¿QUÉ ENFERMEDADES SE PUEDEN PREVENIR?

1. La condición debe tener un efecto significativo sobre la calidad y cantidad de vida.
2. La condición debe tener un periodo asintomático durante el cual la detección y el tratamiento reducen la morbilidad.
3. El tratamiento en la fase asintomática debe ser superior que el tratamiento en la etapa sintomática o de diagnóstico habitual.
4. Los estudios para detectar la condición en el periodo asintomático deben ser efectivos y eficaces.
5. El daño de la intervención debe ser menor que el tratamiento en la etapa sintomática.

Frame y Carlson

FUERZA DE RECOMENDACIONES

- A. Hay buena evidencia para recomendar que la condición específicamente estudiada debe ser considerada en el examen periódico de salud.
- B. Hay moderada evidencia para recomendar que la condición específicamente estudiada debe ser considerada en el examen periódico de salud, pero estas recomendaciones podrían ser válidas para otros contextos.
- C. Hay insuficiente evidencia para recomendar que la condición específicamente estudiada debe ser considerada en el examen periódico de salud, pero estas recomendaciones podrían ser válidas para otros contextos.
- D. Hay moderada experiencia para recomendar que la condición específicamente estudiada deba ser excluida del examen periódico de salud.
- I. Hay buena evidencia para recomendar que la condición específicamente estudiada deba ser excluida del examen periódico de salud.

Un alto grado de adiestramiento profesional, ya que serán los mejor aceptados y con los que se obtendrá un mayor nivel de cumplimiento.

Reproductibilidad o ausencia de dispersión en una serie de mediciones. La falta de repetibilidad (inestabilidad) se halla estrechamente ligada al concepto de error aleatorio, cuyo origen reside en la variabilidad de la información obtenida. La variación biológica, la fiabilidad del instrumento de medida y la variabilidad intraobservador e interobservador, son las principales fuentes de inestabilidad de las pruebas.

Valor predictivo, que hace referencia a la probabilidad de padecer la enfermedad cuando el resultado del test es positivo (valor predictivo positivo) o de no tenerla cuando el resultado del test es negativo (valor predictivo negativo). Ambos están relacionados con la prevalencia de la enfermedad en la población objeto.

Además, la prevención está muy ligada con la Medicina Basada en la Evidencia y los trabajos de investigación. Para esto tenemos que conocer cuáles son los tipos de trabajo de investigación, las fuerzas de las recomendaciones y los grados de evidencia.

Entre los trabajos de investigación, no hay objeciones de que los trabajos analíticos-experimentales son los que se deben tener en

cuenta y que los descriptivos siempre estarán por debajo.

El metanálisis es una revisión sistemática y cuantitativa de distintos ensayos clínicos controlados, cuya intención es resumir la evidencia existente sobre un tema o pregunta en particular.

Los **estudios randomizados** y controlados (ECRC) son los que tienen el propósito de lograr una comparación no sesgada de los grupos evaluados y tienen mayor peso a la hora de decidir.

Los **estudios de Cohorte** o de casos control si bien son analíticos, se limitan a la observación.

Las fuerzas de las recomendaciones nos ayudan a decidir si utilizaremos o no un test de screening o rastreo, o una condición especial (cirugía, medicación, etc) en todos los pacientes o en algunos.

La calidad de las evidencias por otro lado nos ayuda a decidir que estudios debiéramos tener mas en cuenta en nuestra practica, pues nos es lo mismo tener una evidencia basada en metanálisis que otra basada

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS	
I	Evidencia obtenida de la menos un Ensayo apropiadamente aleatorizada y Controlado. Metaanálisis aleatorizados y controlados
II 1	Evidencia obtenida de una investigación controlada, bien diseñada, sin aleatirizar.
II 2	Evidencia obtenida de una investigación analítica, caso-control o cohorte, bien diseñada, preferentemen- te de más de un centro o grupo de investigación.
II 3	Evidencia obtenida de larga data, con o sin ensayos controlados. Por ejemplo: Penicilina.
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos y reporte de casos, o reportes de comités de expertos.

en opinión de expertos. Los estudios tienen su calidad de evidencia y nosotros debemos saber interpretarla. Así, un artículo puede estar con una calidad de evidencia tipo III, y en realidad es la opinión de expertos y no sobre trabajos experimentales o metanálisis.

Criterios de Frame y Carlson

Estos dos investigadores postularon que si una enfermedad cumple algunos criterios puede ser rastreada. Es decir, no cualquier enfermedad se puede rastrear en toda población.

Estos Criterios son:

- 1- La condición (o enfermedad) debe tener un efecto significativo sobre la calidad y cantidad de vida, o sea, su detección y tratamiento precoz mejorará la calidad y la expectativa de vida de los pacientes.
- 2- La condición (o enfermedad) debe tener un periodo asintomático durante el cual la detección y el tratamiento reduzcan la morbimortalidad.
- 3- El tratamiento en la fase asintomática (tratamiento precoz) debe ser mas beneficioso que el tratamiento en la etapa sintomática o de diagnóstico habitual
- 4- Los estudios para detectar la condición en el periodo asintomático deben ser efectivos y eficaces.

- 5- El daño de la intervención debe ser menor que el del tratamiento en la etapa sintomática.

Finalmente, podemos agregar que la organización mundial de la salud (OMS), define tamizaje como “el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas”. Por su parte el servicio de fuerzas preventivas de Estados Unidos (the U.S. Preventive Services Task Force), puntualiza que tamizaje son, “aquellas acciones preventivas en las cuales una prueba o examen sistematizado es usado, para identificar a los pacientes que requieren una intervención especial”

Bibliografía

- 1) Zurro, M. Cano, J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ta. Edición. Mosby/Doyma. 2001
- 2) Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica. Escuela de Salud Pública. 2004.
- 3) Martínez, O. Martínez, M. Noldin, C. Medicina de la Comunidad. EFACIM. Asunción-Paraguay. 2001
- 4) Plan Nacional de Promoción de Salud. Ministerio de Salud. Chile. 1998. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Promoci%C3%B3n_de_la_salud
- 5) Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Madrid: Masson, 2001.
- 6) Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: panamericana, 2001.
- 7) Kopitowsky K. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2013; 33(3): 90-95. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/2015/12.pdf>. Marzo 2018

Prevención Cuaternaria

Dr. Fernando Enrique Coppolillo

1. Introduccion

La prevencion cuaternaria es un nuevo paradigma que se abre en las ciencias medicas.

Se define como una serie de acciones que procuran evitar el dano por la sobreutilizacion de tecnologias medicas.

En este capitulo iremos enumerando y reflexionando, acerca del problema de los danos por la sobreutilizacion de la medicina y las diferentes acciones en las que podemos tomar, dia a dia, en nuestra practica como medicos de familia.

Las acciones claves se basan en el primer principio bioetico “primo non nocere”.

Los problemas que aborda la prevencion cuaternaria incluyen: el sobrediagnostico y sobretatamiento de enfermedades, la medicalizacion, la invencion de enfermedades y la polifarmacia en pacientes con condiciones cronicas.

2. Un poco de historia

La Ciencia Medica, en el ultimo siglo, ha logrado mas avances que en toda la historia de la humanidad. Esto ha llevado muchas veces a la sobreestimacion social de sus logros. En las representaciones sociales se fue instalando que su mayor uso trae mayores beneficios. Es el paradigma del “mas es mejor”, madre, como veremos de muchos males en el sistema sanitario.

Al mismo tiempo ha sido fuente de numerosas criticas por parte de filosofos y pensadores contemporaneo: Cuales han sido algunas de esas numerosas criticas? La sobrestimacion de sus logros, el desden con las medicinas tradicionales y otras tecnicas terapeutcias (Ivan Illich), el uso de la medicina por los Estados como herramienta de control social (Michel Foucault), la comprension de las enfermedades fuera de un contexto historico y social (Eduardo Menendez), asi como la estigmaticacion social de los enfermos (Susan Sontag).

3. El nacimiento de la prevención cuaternaria.

Marc Jamouille, un medico de familia belga, desarrollo un esquema de acuerdo a las visiones que podian tener los pacientes y los medicos de acuerdo a la presencia o no de una enfermedad. Conocimos tres modelos de prevencion: primaria, secundaria y terciaria. La prevencion primaria que implica una serie de medidas antes del inicio biologico de la enfermedad, con medidas tales como la inmunoprofilaxis, la quimioprofilaxis y los cambios de comportamiento. La secundaria que incluye las medidas de rastreo y deteccion precoz de las enfermedades antes de su inicio clinico. La terciaria incluye las medidas de tratamiento y rehabilitacion que intentan restablecer la salud o la funcionalidad de una persona.

Ahora bien, Marc Jamouille genero un esquema que incluye las miradas de los pacientes y del medico, de acuerdo a la percepcion que ellos tienen acerca de una enfermedad (esquema 1)

Tipos de Prevención			Visión del médico	
			Enfermedad	
			Ausente	Presente
Visión del paciente	Enfermar	Ausente	Prevención primaria	Prevención secundaria
		Presente	Prevención cuaternaria	Prevención terciaria

El problema se suscita cuando el paciente es llevado a creer que tiene una enfermedad, pero que en realidad no es realmente no la tiene o esa condicion no se trata verdaderamente de una enfermedad. Mas aun el diagnostico o tratamiento de la condicion percibida por el paciente no trae en realidad beneficios e puede ser perjudicial desde lo fisico, lo psicologico y lo social

En esta percepcion tienen influencia los medios masivos de comunicación, la publicidad engañosa empujada por intereses economicos, asi como las redes sociales.

Veamos un par de ejemplos: un paciente de 60 años concurre a la consulta pidiendo un test por que cree que puee tener andropausia. Según escucho en un programa de radio esto puede deterior su calidad de vida. El medico se toma su tiempo y le explica que tal condicion no es una enfermedad, que si bien con la edad pueden disminuir los niveles de testosterona, esto no es una enfermedad y que tampoco requiere tratamientos especificos.

Al dia siguiente una mujer de 55 años concurreo alarmada porque en una densitometria le dio como resultado que tiene osteope-

nia. Esta muy asustada. Una conocida toma medicamentos por eso y se controla cada seis meses. Cree que esta en riesgo de tener una fractura de cadera y por las dudas dejo de hacer sus caminatas diarias. Al contrario! exclamo su médico de familia, la osteopenia no es una enfermedad. El estudio esta indicando que tiene perdida de calcio, que es normal para la edad

4. **La medicalizacion de la vida**

La medicina ha avanzado sobre la sociedad y sobre las vidas de las personas. Realiza intervenciones fuera de un contexto, con la mirada sesgada dentro de las cuatro paredes de un consultorio, sin una vision sistematica de los pacientes.

Como ejemplo el Profesor Mario Acuña, un reconocido medico de familia, contaba que un niño a quien atendia periodicamente, para sus controles de salud, aparecio en una consulta con una novedad: le habian prescrito ritalina. Desconcertado, se reunio a los padres y decidio concurrir a la escuela. Cuando entro al aula se encontro con una maestra desbordada, con una clase de cuarenta y cinco niños, inquietos y aburridos, varios de los cuales habian sido diagnosticados con un transtorno por deficit atencion con hiperactividad (TDAH).

Podemos citar mas ejemplos: el tratamiento con antidepresivos en un duelo normal por la perdida de un ser querido. El uso cronico de benzodiazepinas por "dificultades para dormir" que terminan generando adicciones

5. **La invencion y trafico de enfermedades**

El concepto que en ingles se expresa como "disease mongering".

El trafico de enfermedades esta impulsado por intereses economicos que intenta expandir un mercado en poblaciones sanas. En si mismo no son condiciones morbidas que requieran tratamiento. Como ejemplos al inicio del capitulo mencionamos la osteopenia y la andropausia. Estas condiciones siempre tendran un medicamento o una tecnologia diagnostica por detrás.

Este fenomeno parte tambien de la comunidad medica. En numerosas circunstancias los factores de riesgo, como la dislipemia, son tomadas como enfermedades. Mas aun conceptos como la prehipertension o la prediabetes son blanco de tratamientos no fundamentados por evidencias cientificas, convirtiendo en enfermos personas que estan sanas.

Un joven que era timido hace unos años, hoy es rotulado como una persona que tiene fobia social.

Las consecuencias de la invención y tráfico de enfermedades son múltiples: los gastos sanitarios ineficientes, el uso innecesario de medicamentos, la estigmatización y el deterioro del bienestar de las personas

6. **El sobrediagnostico y el sobretratamiento**

En esta sección podemos encontrar una larga lista de intervenciones médicas, entre ellas el uso irracional de antibióticos, que terminan desarrollando resistencia bacteriana y gastos innecesarios en el sistema de salud: también los chequeos con una larga lista de estudios tipo “sabana” o las campañas masivas de prevención, que originalmente han tomado el nombre de “la semana de tal o cual enfermedad”. Cuando las prácticas de rastreo no tienen un fundamento desde la medicina basada en la evidencia, tienen resultados negativos sobre la población estudiada. O bien detectan condiciones que no alterarían la supervivencia de un paciente, o generan resultados falsos positivos, que en sí mismo provocan un daño. Un paciente con un resultado falso positivo, a quien se lo sumerge en un estado de ansiedad, es sometido luego a una cascada de test diagnósticos cada vez más compleja, que puede incluso tener efectos adversos inherentes a las prácticas que son sometidos. Esto es lo que ha sido dado en llamar el “síndrome de Ulises”, por las múltiples pruebas secuenciales a las que es sometido un paciente para descartar finalmente que no tiene una enfermedad. Por ejemplo, de acuerdo a las evidencias evaluadas por la U.S Task Force of preventive Health Care, recomienda no realizar el rastreo de bacteriuria asintomática en hombres adultos, dado que los daños superan a los beneficios que se pudieran obtener. Lo mismo podemos observar con una serie de rastreos que han ganado popularidad pero que no han demostrado ser efectivas.

Existen algunas iniciativas de Centros Académicos Mundiales (Choosing Wisely, Do not do) que promueven la educación médica para evitar el sobrediagnostico o el sobretratamiento. Para ello enumera y fundamenta una serie de condiciones clínicas, para las existen buenas evidencias, que algunas intervenciones no traen beneficios y pueden ser dañinas.

7. **La ley de cuidados inversos**

Julian Tudor Hurt acuñó este concepto para explicar las desigualdades en el acceso a la salud. Aquellas personas con menores necesidades sanitarias son las que mayor acceso tienen a los servicios. Hablar de la ley de los cuidados inversos es hablar de los determinantes sociales de la salud. Nos lleva en forma directa a la equidad dentro de un Sistema Social.

El nivel educativo, el acceso a los servicios de la salud, la capacidad de compra de bienes y servicios determinan la forma en que se desarrollan y desenlazan las enfermedades.

En la practica implica que las personas con menos probabilidades de enfermedad reciben una mayor cantidad de cuidados e intervenciones medicas, incluso excesivas: mientras que las poblaciones con mayor vulnerabilidad son las que reciben menores cuidados.

Para dar un ejemplo, en la Argentina, de acuerdo a la Encuesta Nacional de factores de Riesgo Cardiovascular, las personas con menor nivel de ingresos son las que presentan mayor prevalencia de diabetes mellitus tipo II, las que menos diagnostico temprano poseen y las que reciben proporcionalmente menor tratamiento. En el otro extremo pacientes de alto niveles adquisitivos reciben medicamentos por condiciones tales como la "pre-diabetes".

8. Desprescripcion

La desarticulacion de los cuidados medicos, en el marco de sistemas fragmentados de atencion, hace que numerosos pacientes reciban numerosos medicamentos.

Se trata de un uso irracional, con consecuencias para la salud y la economia de las personas. Esto se ve en forma frecuente en adultos mayores, que por diferentes dolencias, diferentes medicos les han indicado diferentes medicinas, que son de uso cronico.

El medico de familia puede tener un rol importante evaluando la necesidad o no de cada uno de esos medicamentos de acuerdo a las evidencias, los efectos colaterales y las interacciones medicamentosas.

Conclusiones

Las medidas de prevencion cuaternaria tienen un rol fundamental en el contexto actual, protegiendo a las familias bajo su cuidado, de los usos excesivos e inadecuados de la medicina. La alianza terapeutica que se da en el contexto de la Medicina centrada en la persona, genera el ambito para la educacion el dialogo y la confianza que requieren estas intervenciones. Frente al uso indebido de las tecnologias medicas podemos decir que "menos, es mas".

Referencias

1. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/asymptomatic-bacteriuria-in-adults-screening>
2. <http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/>
3. https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/716_716donotdobookletfinal.pdf
4. Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet*. 1971; i:405-12.
5. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

Desprescripción

Dr. David Ortiz

La desprescripción es el proceso del desmontaje o remoción de tratamientos farmacológicos en un paciente cuando estos ya carecen de indicación o los beneficios del tratamiento dejan de exceder los riesgos del mismo. La desprescripción es parte de la prevención cuaternaria, que apunta a evitar o atenuar las consecuencias sobre el paciente de la actividad excesiva y/o innecesaria por parte del sistema de salud. El *primum non nocere* (primero, no hacer daño) es uno de los principios fundamentales del tratamiento médico, y el sobretratamiento farmacológico es una de las causas del daño innecesario que sufren los pacientes en el sistema de salud. La Medicina Familiar, en particular, se preocupa de la desprescripción porque el Médico de Familia es el encargado de ver al paciente como un “todo” y no como la suma de sus enfermedades y también de asegurar que el bienestar integral del paciente sea el objetivo del tratamiento del paciente (el modelo biopsicosocial) no solo el tratamiento de una enfermedad o valor laboratorial específico (el model biomédico o reduccionista).

Para entender el concepto de la desprescripción, es necesario primeramente entender las razones por las cuales se indica el tratamiento farmacológico (se prescribe) en el tratamiento de los pacientes. Sabiendo que todo tratamiento farmacológico tiene posibles beneficios y potenciales riesgos, se indican medicamentos cuando se dan las siguientes condiciones:

1. Se desea aliviar algún síntoma (tratamiento) o se desea reducir el riesgo o evitar alguna enfermedad (prevención).
2. Los posibles beneficios del tratamiento exceden los potenciales riesgos del mismo.

Si no existen estas dos condiciones (indicación y relación positiva del beneficio-riesgo) entonces el tratamiento farmacológico no estaría indicado. Sin embargo, muchos pacientes en el sistema de salud reciben tratamiento farmacológico, en muchos casos con múltiples medicamentos, sin que haya una indicación para el tratamiento o cuando el riesgo es igual o excede el potencial beneficio. La literatura médica cita muchas causas del sobretratamiento farmacológico, entre ellas figuran:

1. **La implementación y el uso de los estudios prospectivos, controlados, las guías de prácticas clínicas y protocolos.** Mientras que estas herramientas han demostrado ser eficaces para estandarizar el cuidado médico y reducir la variabilidad y los errores en el sistema de salud, tienen varias limitaciones que contribuyen

al sobretratamiento y uso excesivo de medicamentos. En primer lugar, la gran mayoría de estos estudios y guías clínicas se enfocan en una sola enfermedad o patología. En segundo lugar, las poblaciones usadas como grupo de referencia para justificar las recomendaciones dadas son generalmente pacientes adultos con una sola patología de base o que utilizan uno o muy pocos medicamentos, ya que los pacientes pluripatológicos, añosos, niños y adolescentes y aquellos que usan varios medicamentos pueden confundir las variables y dificultar el análisis estadístico de estos estudios, por tanto, casi siempre son excluidos de estos estudios. Sin embargo, en el día a día de la práctica de la Medicina Familiar, justamente un gran porcentaje de los pacientes reúnen las características de aquellos quienes son excluidos de los grandes estudios, por lo que las recomendaciones y conclusiones de dichos estudios y guías clínicas no siempre son aplicables a todos los pacientes del Médico de Familia. Los estudios controlados y las guías clínicas también tienden a enfatizar la reducción en la mortalidad sobre la calidad de vida, sin embargo, muchos pacientes prefieren mantener una mejor calidad de vida a expensas de menor mortalidad.

2. **La mercantilización de la salud y el sobretratamiento médico.** Debido a los avances en los tratamientos y las tecnologías médicas disponibles, existe una percepción en la cultura contemporánea que “todo tiene cura”, por lo que se insiste en el tratamiento, aun cuando no haya indicaciones específicas o beneficios documentados. También hay que considerar el rol del marketing, tanto de la industria farmacéutica y médica como también de profesionales e instituciones de salud, que contribuyen a la demanda por tratamientos e intervenciones por parte de los usuarios del sistema de salud.
3. **La presión del paciente, los familiares y el sistema de salud mismo.** En el ámbito de la medicina, el acto médico está asociado a la prescripción, tanto en la mentalidad de los pacientes y familiares como también en la del propio médico, los colegas y el sistema sanitario mismo. Por lo tanto, existe una presión consciente e inconsciente de recetar algún medicamento en la consulta, porque de otra manera existe el temor por parte del médico que se le acuse de “no haber hecho nada”, aun cuando lo que corresponda en esa situación clínica es realizar consejería o suspender medicamentos, no agregar tratamientos farmacológicos.
4. **La inercia terapéutica.** Es más fácil continuar un tratamiento, aun cuando las indicaciones para dicho tratamiento ya han cesado, que conversar con el paciente sobre los beneficios y riesgos de suspender el tratamiento o la necesidad misma de continuar el tratamiento.
5. **El involucramiento de múltiples profesionales y sub-especialistas en el cuidado del paciente.** Cuando un paciente pluripatológico entra en el sistema de salud, existe la tendencia de derivarlo a múltiples sub-especialistas quienes tienden cada uno a enfocarse en la enfermedad o sistema que le corresponde, sin muchas veces mirar de forma integral al paciente o considerar las posibles interacciones con medicamentos recetados por otros profesionales. Este problema se agrava en sistemas de salud donde la atención primaria y el rol del médico de familia de coordinador y supervisor el tratamiento integral del paciente no se enfatiza o no existe.

También existe la tendencia de no querer suspender medicamentos recetados por otros profesionales (inercia terapéutica), aun cuando se detectan reacciones adversas o interacciones que podrían perjudicar al paciente, en vez de priorizar el interés del paciente sobre las interacciones entre colegas y tomar medidas para coordinar los tratamientos y evitar daños al paciente.

Como toda intervención o tratamiento médico, el proceso de la desprescripción tiene riesgos y beneficios. Los riesgos son:

- 1. Síndrome de retirada o abstinencia.** Particularmente cuando hablamos de medicamentos habituales, como las benzodiazepinas, al retirar o reducir las dosis de éstas, se puede producir un síndrome de abstinencia. Este fenómeno se puede evitar mediante la educación del paciente y la retirada en forma gradual y lenta, acompañado de un buen seguimiento clínico para detectar y tratar estos síntomas si ocurren.
- 2. El efecto rebote.** Este fenómeno se observa particularmente con medicamentos antihipertensivos, en donde la discontinuación repentina puede causar un aumento súbito en la presión arterial acompañado, en casos puntuales como con los beta-bloqueantes, de otros síntomas como la taquicardia o la ansiedad. Este efecto también puede ser evitado mediante la discontinuación gradual y con un seguimiento apropiado.
- 3. Recurrencia de los síntomas y/o reactivación de la enfermedad de base.** Esto puede ocurrir en casos como la retirada de medicamentos anti-ácidos, en donde puede ocurrir una recurrencia de acidez o dispepsia. Sin embargo, la recurrencia de los síntomas no necesariamente implica una necesidad de reiniciar el tratamiento farmacológico, sino que puede ser una oportunidad para implementar tratamientos con los cambios en el estilo de vida, la contención del estrés, la relajación, etc., para tratar los síntomas sin utilizar fármacos.

En contraposición, las ventajas de la desprescripción son múltiples, como:

- 1. Mayor satisfacción del paciente.** Generalmente, los pacientes no desean tomar más medicamentos, y la reducción de la carga farmacológica, acompañada de la reducción de efectos adversos, puede causar una mayor satisfacción con el cuidado médico.
- 2. Mejoría en la calidad y la funcionalidad de la vida.** Al reducir efectos adversos de los medicamentos (sedación, pre-síncope, pérdida de la memoria, etc.), el paciente puede encontrar que tiene mayor capacidad funcional y menos limitaciones impuestas por los efectos adversos farmacológicos.
- 3. Menor gasto económico.** Este beneficio se observa no solo a nivel personal del paciente sino a nivel del sistema de salud, ya que con la desprescripción se reducen los gastos por medicamentos que muchas veces no son acompañados por mejoría en la morbilidad y mortalidad.

En la práctica diaria del médico de familia, algunas estrategias son muy útiles a la hora de asegurar un tratamiento farmacológico apropiado y para implementar la desprescripción:

- 1. Pedir al paciente que traiga todos sus medicamentos a cada consulta.** Los pacientes muchas veces utilizan medicamentos que no figuran en la ficha clínica o que no fueron recetados por el médico. Es de suma importancia conocer y evaluar todos los medicamentos que utiliza el paciente en cada consulta antes de elaborar un plan de acción.
- 2. Utilizar límites de tiempo en las recetas, particularmente en los medicamentos que se utilizan para condiciones agudas.** Un ejemplo serían los medicamentos para el dolor agudo (“ibuprofeno 600 mg comprimidos, tomar uno por vía oral cada 6 horas por 3 días). Esto puede evitar la situación en la que el paciente continúa tomando un medicamento recetado por una condición ya superada.
- 3. Confirmar que el paciente está tomando todos los medicamentos recetados y según las indicaciones dadas.** Algunos pacientes consumen medicamentos en forma intermitente, como por ejemplo para la presión arterial, y al no llegar a las metas terapéuticas deseadas, el médico simplemente agrega fármacos adicionales, cuando la solución correcta sería que el paciente tome apropiadamente los medicamentos que ya tiene recetados.
- 4. Confirmar que cada medicamento tenga un diagnóstico activo asociado.** Esto es para evitar el uso de medicamentos indicados para condiciones ya superadas o inactivas.
- 5. Identificar a los pacientes con alto riesgo de sufrir una reacción adversa medicamentosa.** En casi todas las situaciones clínicas el riesgo de tener una reacción adversa aumenta directamente con la cantidad de medicamentos consumidos, siendo este el factor de riesgo más significativo de tener una reacción adversa, seguido por la edad, patologías múltiples y deterioro de la funcionalidad. Al identificar a estos pacientes, se puede realizar una revisión de los medicamentos, junto a los objetivos terapéuticos, para determinar la necesidad de continuar ciertos fármacos.
- 6. Definir los objetivos terapéuticos en el contexto de cada paciente.** No todos los pacientes con una condición dada necesitan el mismo régimen farmacológico. En un paciente de 50 años con enfermedad coronaria, se debería enfatizar la reducción en la mortalidad a largo plazo con el régimen farmacológico, mientras que en un paciente de 80 años con la misma enfermedad, se enfatizaría más la calidad de vida, pudiéndose desprescribir medicamentos (ej., betabloqueantes) que tendrían más efectos adversos y menos probabilidad de reducir la mortalidad, mientras que en el primer paciente estos medicamentos deberían utilizarse salvo que existan contraindicaciones.
- 7. Valorar el riesgo y beneficio de cada medicamento.** En la interacción con el paciente se deben valorar los beneficios (este medicamento previene esta condición o trata este síntoma), evaluar el beneficio inmediato desde la perspectiva del paciente (“¿cómo se siente desde que empezó a tomar este medicamento?”), si el paciente tiene alguna reacción adversa y la severidad de la misma, o si al paciente le es molesto tomar el medicamento (el sabor, el tamaño de la pastilla, etc.). Únicamente evaluando la totalidad del contexto del paciente se puede determinar la necesidad de continuar o desprescribir cada medicamento.

- 8. Una vez identificado medicamentos para desprescribir, elaborar un plan de acción y seguimiento.** El proceso de desprescripción es lento, y el seguimiento se debe hacer a lo largo de varias consultas. También es recomendable desprescribir uno o dos medicamentos a la vez, a lo sumo, en vez de alterar dramáticamente el régimen farmacológico del paciente.

En resumen, vemos que la desprescripción es un proceso necesario e importante en el cuidado médico integral del paciente. La sobreprescripción y el sobretratamiento son una causa común de daños ocasionados al paciente por el sistema de salud mismo, lo que implica una necesidad imperiosa de evaluar constantemente el régimen farmacológico del paciente para asegurar que el beneficio del mismo supera los riesgos y los efectos adversos. El médico de familia juega un rol importantísimo como médico de cabecera y conocedor del contexto del paciente para poder utilizar la desprescripción como una herramienta más en pos de la meta de la salud integral de todos los pacientes.

Bibliografía

- Gil Alonso J y García Ortiz A. Desprescripción en Ancianos: Un Proceso Laborioso. *El Ojo de Markov. Publicación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.* 2016;51:1-4
- Gómez A, Alvarez D et al. Desprescripción Razonada en Pacientes Polimedcados. *Boletín Canario de Uso Racional del Medicamento del Servicio Canario de Salud.* 2014;5(4):1-8
- Le Couteur D, Banks E et al.. Deprescribing. *Aust Prescr.* 2011;34(6):182-5.
- Reeve E, Shakib S et al. The Benefits and Harms of Deprescribing. *Med J Aust.* 2014;201(7):386-389
- Reeve E, Thompson W, Farrell B. Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. *Eur J Intern Med.* 2017;38:3-11
- Scott IA, Hilmer SN et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015 May;175(5):827-34

Factores de riesgo

Dr. Enrique de Mestral

Los factores de riesgo son los principales responsables de la aparición de enfermedades y discapacidades. El primero de ellos es sin dudas la pobreza, que dificulta el acceso a la consulta y casi siempre la adquisición de la medicación. El segundo debe ser la falta de educación en salud, sobre todo de la mujer quien es la que transmite los buenos hábitos a su familia. Otra consecuencia de estas dos situaciones es la consulta tardía y muchas veces primero al médico empírico, perdiéndose un tiempo valioso para el diagnóstico y el tratamiento.

El tabaquismo, la PCR elevada y el colesterol son responsables de la enfermedad arterial de los grandes vasos, así como la diabetes lo es de los pequeños vasos (retina, riñón) (1). Una PCR alta indica también mayor riesgo de desarrollar HTA. La misma disfunción eréctil indica mayor riesgo de enfermedad coronaria y obliga a indagar sobre este riesgo en el paciente (2). El índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura (mayor de 102 en varones y 88 en mujeres) tienen igual eficacia para identificar a los pacientes con mayor riesgo cardiovascular y mayor probabilidad de presentar resistencia a la insulina (3,4). Existe un considerable desconocimiento y sus consecuencias cardiometabólicas entre los médicos de atención primaria y los pacientes; a ello se suma la escasa importancia que se otorga a esta relación en la práctica clínica.

En el ámbito de pacientes internados, aquellos no diabéticos que se presenta con hiperglucemia e insuficiencia cardíaca tienen mayor mortalidad intra hospitalaria y a 60 días (5). La prueba de 6 minutos de marcha, midiendo y comparando el perímetro de marcha antes y después de algún tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca o enfermedad pulmonar, predice también el riesgo cardiopulmonar ante las demandas de la actividad física (6).

Entre las medidas de disminución del riesgo CV, el enalapril, los sartanes y las estatinas ejercen una protección sobre el estado pre trombótico y la ruptura de placas ateromatosas al disminuir el estado inflamatorio. La intensidad y frecuencia de la actividad física se asocia positivamente con una reducción en el riesgo de aparición de HTA (7,8,9,10).

La directora general de la OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland afirmó en una conferencia dictada en septiembre de 2002 en Londres que la esperanza de vida con buena salud podría aumentar entre cinco y diez años si los gobiernos y las personas evitaran esos riesgos y recalcó que “el informe identifica 25 riesgos para la salud, pero que los 10

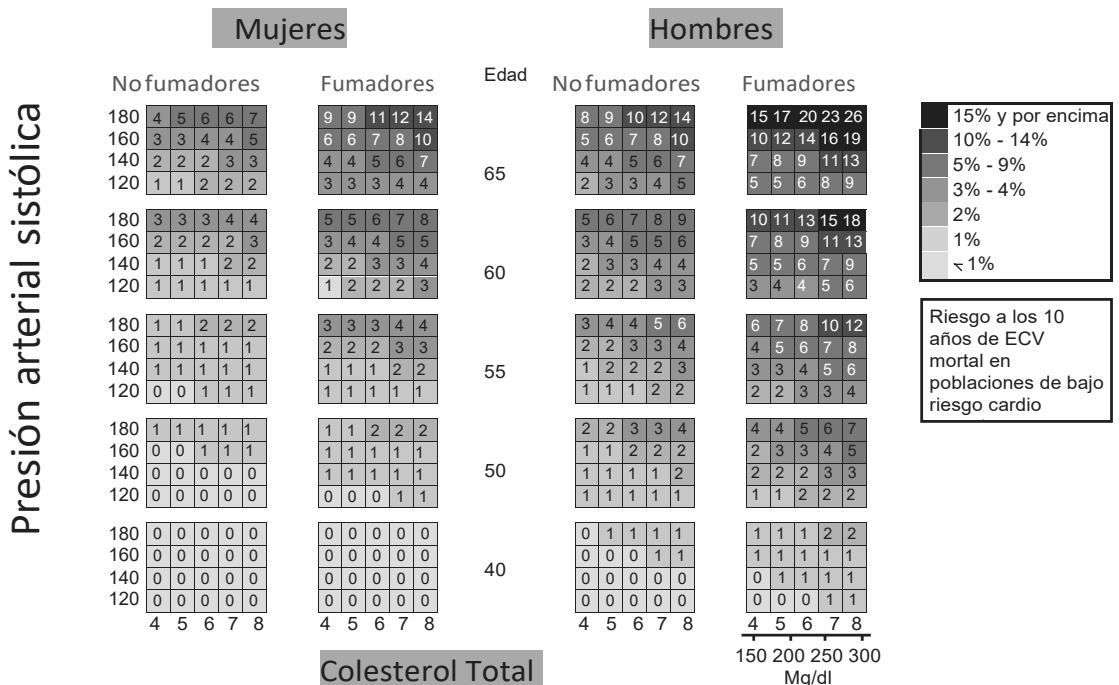
primeros representan el 40% de los 56 millones de muertes anuales en todo el mundo.”

Estos riesgos fueron identificados como:

- 1) La insuficiencia de peso del niño y de la madre
- 2) Las prácticas sexuales sin protección
- 3) La hipertensión arterial
- 4) El tabaco
- 5) El alcohol
- 6) Las condiciones del agua
- 7) Los saneamientos y la higiene insalubres
- 8) El colesterol elevado
- 9) Los humos procedentes de combustibles sólidos en ambientes interiores
- 10) La deficiencia de hierro y el sobrepeso o la obesidad.

El Estudio IBERCAN de 2017 (11) ha tratado de identificar en la población española, los factores de riesgo cardiovascular en 7000 pacientes, encontrándose los siguientes resultados parciales:
 Dislipidemia en el 50 % de la población entre 15 y 85 años. (33 % controlados)
 HTA en 47 % (58 % controlados)
 Diabetes 19 % (68 % controlados)
 Obesidad y sedentarismo 35 %
 Tabaquismo 18 %

En la Tabla de las Sociedades Europeas de Cardiología podemos calcular fácilmente el riesgo coronario de nuestros pacientes. Las siguientes tablas pueden ser de utilidad para valorar el riesgo pre operatorio (12)



Índices clínicos de riesgo preoperatorio

Clase ASA	ASA Modificada por Essenfeld - Sekler y Balducci (1998)
1. Paciente sano	Paciente sano, menor de 60 años
2. Paciente con enfermedad sistémica leve	Paciente de 60 años o más, con o sin enfermedad sistémica leve o moderada.
3. Paciente con enfermedad sistémica severa, no incapacitante	Paciente con enfermedad sistémica, severa no incapacitante
4. Paciente con enfermedad sistémica incapacitante y riesgo de muerte	Paciente con enfermedad sistémica grave y riesgo de muerte
5. Paciente moribundo, que no vivirá más de 24 horas con o sin cirugía	Paciente moribundo, que no vivirá más de 24 horas con o sin cirugía

	Goldmann*	Detsky*
Historia		
Edad > 70 años	5	5
IM en los últimos 6 meses	10	10
IM > 6 meses		5
Angina:		
Clase canadiense 3/4		10/20
Inestable en los últimos 3 meses		10
Edema pulmonar		
En la última semana / alguna vez		
Examen físico		
S3 o JVD		
Estenosis aórtica importante	113	20
Electrocardiograma		
Ritmo diferente a sinusal o PAC presente > 5 PVCs/min	77	55
Mal estado general	3	5
Intervención		
Intraperitoneal, intratorácica, aórtica		
Procedimiento de urgencia	34	10
PUNTOS TOTALES POSIBLES	53	105

- Categoría de riesgo de Goldmann: I :0,5 puntos; II: 6-12 puntos; III: 13-25 puntos; IV: > 25 puntos
- Categoría de riesgo de Detsky: I: 10-15 puntos; II: 15-30 puntos; III: > 30 puntos. Revista de la Sociedad Paraguaya de Cardiología. Volumen 5 - Nº 2. Agosto 2007

Bibliografía

1. Kampus P. Relación entre inflamación y rigidez arterial en pacientes con HTA. *Internacional Journal of Cardiology* 112(1):46-51, sept 2006.
2. Montorsi P. Asociación entre la disfunción eréctil y la enfermedad coronaria. *European Urology* 50(4):721-731, oct 2006.
3. Farin F. Comparación del IMC y de la CC con los cambios metabólicos que aumentan el riesgo de enfermedad CV en individuos con resistencia a la insulina. *American Journal of Cardiology* 98(8): oct 2006
4. Smith Jr S. Obesidad abdominal, circunferencia de cintura y riesgo cardiometabólico. *Current Medical research and opinión*. 23(1) ene 2007.
5. Barsheshet A. Niveles de glucemia al ingreso y mortalidad en pacientes no diabéticos internados por insuficiencia cardíaca. *Archives of Internal Medicine* 166(15), ago 2006.
6. Maillo M. Prueba de marcha de seis minutos. Una actualización práctica del posicionamiento oficial de la ATS. *Archivos de Alergia e Inmunología clínica* 37(4). 2006.
7. Dandona P. La angiotensina II y la inflamación: el efecto de los inhibidores de la ECA y de los Bloqueantes del receptor de Angiotensina II. *Factores de riesgo Vol 5*, jul 2007.
8. Parker E. La actividad física reduce el riesgo de HTA en adultos jóvenes. *American Journal of Public Health* 97 (4) abr 2007.
9. Bertoni A. Calidad de la detección sistemática y tratamiento del colesterol en atención primaria Carolina del Norte. *American Heart Journal* 152(4), oct 2006.
10. Björn Zethelius Use of multiple biomarkers to improve the prediction of death from cardiovascular causes. *NEJM*. 2008 Volume 358:2107-2116
11. Estudio IBERCAN. Sociedad Española de Médicos en Atención Primaria SERMERGEN. 2017. https://www.semergen.es/resources/files/investigacionIBERCAN/estudio_iberican_-_normas_para_proyectos_de_investigacion.pdf
12. Essenfeld de Sekler E. El cuidado médico preoperatorio. En *El médico internista es el médico del adulto*. 2000;8:140-63. *Revista de la Sociedad Paraguaya de Cardiología*. Volumen 5 - Nº 2. Agosto 2007

Modelo Biopsicosocial

Dr. Andrés Szwako

El enfoque o modelo biopsicosocial es probablemente, una de las características que sobresalen de la Medicina Familiar, ya que es con esto, que se debe marcar la diferencia en la atención.

La definición de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, define salud como el “estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

La mayor parte de las críticas hacia la definición de la OMS son sobre lo absoluto de la palabra “completo” en relación con el bienestar. El primer problema es que contribuye involuntariamente a la medicalización de la sociedad. La exigencia de completo bienestar dejaría a la mayoría casi siempre con mala salud. Por lo tanto apoya las tendencias de las industrias farmacéuticas y de tecnología médica, en asociación con las organizaciones profesionales, a redefinir las enfermedades y ampliar las posibilidades del sistema sanitario.

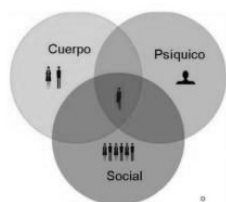
Las nuevas tecnologías de pesquisa detectan alteraciones a niveles que quizás nunca causen enfermedad y las compañías farmacéuticas producen fármacos para trastornos que antes no se consideraban problemas de salud. Los umbrales para intervenir tienden a descender -por ejemplo, para la presión arterial, los lípidos y la glucemia. El énfasis persistente sobre el completo bienestar físico podría generar que grandes grupos de personas reúnan los requisitos necesarios para pruebas de detección sistemática o para intervenciones costosas, lo que produciría mayor dependencia médica y mayores riesgos. (intramed, artículos 2011)

Se propone reformular la definición de salud como la “capacidad de adaptación y autogestión”. Éste podría ser el punto de partida para un nuevo modo de conceptualizar la salud humana con un conjunto de características y dimensiones dinámicas que se pueden medir. El análisis de esta temática debe continuar e involucrar a otros participantes, como los pacientes y la población general.

El Enfoque BPS

El enfoque biopsicosocial fue propuesto como un “nuevo paradigma” en el año 1977 por Engel, donde este afirmaba que, el modelo

biopsicosocial, es capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad.

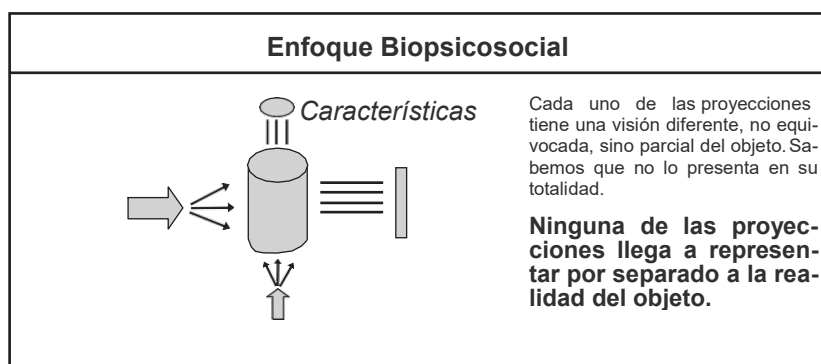


Es el modelo que pretende el equilibrio entre las biociencias y los aspectos humanísticos, que se funda en la teoría de sistemas y enfatiza las interrelaciones esenciales entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud y de la enfermedad. Orienta las relaciones entre las ciencias básicas, desde los sistemas hasta las moléculas y las formas en que los fenómenos biológicos influyen las conductas y, por último, el contexto social en el que el paciente funciona. Quizá lo más importante es que el modelo enfatiza la influencia de los factores sociales y psicológicos sobre la biología de los sistemas, de las moléculas y sobre el mantenimiento de la salud, el desarrollo y curso de las enfermedades.

La transición de un modelo biomédico a uno psicosocial no es una cuestión legislativa. Es un proceso gradual de cambio que debe ocurrir en quienes ejercen la práctica de la medicina familiar y en los sistemas prestadores de servicios de salud en cuyo contexto se realiza dicha práctica, y también en la enseñanza, la investigación, y los modelos que se proponen a los estudiantes. Depende en principio de los propios médicos de familia, que deben luchar para introducir el nuevo modelo y no caer en el enfoque biólogo puro.

Contra lo que suele creerse el modelo biopsicosocial no niega ni minusvalora los presupuestos de la medicina de siempre, sino que pretende ampliar su horizonte. En ningún caso se pone en duda los diagnósticos en la esfera orgánica, ni los avances espectaculares en todas las disciplinas de las ciencias de la salud. Este modelo desea una visión más integradora. Lo que queremos es tener una visión integral del paciente, esto puede graficarse de la siguiente manera:

Algunas de las características del modelo biopsicosocial son:



Salud y enfermedad constituyen un *continuum*. Los límites entre salud y enfermedad no son tan claras. Cambia por lo tanto la función del médico, ya no es solo curar enfermedades sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona que enferma en su contexto general.

Enfermedad y enfermo son cosas diferentes. Algunos investigadores de la antropología médica diferencian los siguientes condiciones:

la enfermedad, tener una enfermedad, sentirse enfermo, ser reconocido como enfermo. Es necesario considerar los aspectos psicológicos, sociales y culturales para reconocer cómo se experimenta la enfermedad, cómo se relata, cómo se expresa y cómo afecta al individuo y a su familia. De este modo, se pasa de una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en el paciente

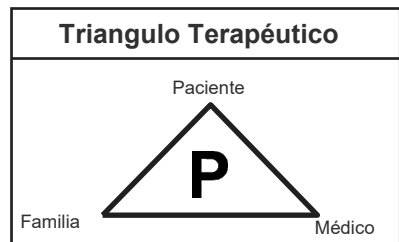
Diagnóstico contextualizado. Tendremos en cuenta el contexto donde se desarrolla el problema de salud. Para esto debemos tener en cuenta:

1. Las relaciones dinámicas de la familia.
2. Los patrones de salud-enfermedad de esa familia.
3. La interconexión generacional.
4. Las transiciones del ciclo vital familiar.

Atención Primaria. La atención primaria de salud y la medicina familiar con su enfoque biopsicosocial debe pasar de un enfoque reduccionista a uno sistémico y de un enfoque biomédico a uno biopsicosocial. La especialidad efectora de la APS es idealmente, la Medicina Familiar.

Relación médico-paciente. En el modelo biopsicosocial, el médico participa junto con el paciente en la definición del problema, no es ningún modelo paternalista o autoritario, sino participativo. Aporta sus propios elementos culturales en cómo interroga, cómo habla con el paciente, o cómo lo escucha, y cómo construye un síntoma para así llegar a un diagnóstico.

De la diada a la tríada. El médico tiene en cuenta a la familia. Al hacerlo se modifica el modelo clásico de la relación médico-paciente. Así, en el triángulo terapéutico, están el médico, el paciente y la familia del paciente. Esto se explica pensando que un diagnóstico no solo implica a una persona, a un paciente, sino también a todas su familia.



El médico como educador. El médico de familia se convierte en educador facilitando que las personas asuman la responsabilidad que les corresponde en el cuidado y la preservación de su salud, es recomendable que en cada consulta, se tenga un pequeño espacio, para hablar de educación, cambios de hábitos y de prevención.

Medicina centrada en el paciente. Deberíamos hablar de pacientes y no de enfermedades, tener como centro de nuestro trabajo a la persona y sus familias, ya que la enfermedad sin el paciente, no existe, (o existe solo en libros) en cambio paciente sin enfermedad, sí (paciente sano).

El diagnóstico. En el enfoque biopsicosocial se incluyen tanto aspectos biológicos como emocionales, culturales y más ampliamente, psicosociales. Es un diagnóstico integral.


La prevención. Hay problemas de salud que surgen más frecuentemente en relación a los períodos de cambio en la familia, lo cual permite prever, anticipar crisis y prevenir riesgos. Al mismo tiempo permite al médico saber qué esperan de él las familias.

Aplicación del modelo biopsicosocial a la práctica clínica Cuando el médico toma decisiones no piensa si está aplicando un modelo filosófico determinado, simplemente discurre y decide. Entonces, cuál es la diferencia entre un profesional con orientación biopsicosocial y otro no orientado a este modelo?

Aquí tenemos algunas características del médico enfocado al modelo biopsicosocial:

1. Considera que un objetivo a lograr en la relación asistencial es que ésta tenga un componente emocional intrínsecamente terapéutico.
2. Admite un amplio abanico de motivos de consulta.
3. Distingue entre demanda de salud y necesidad de salud.
4. Aplica frente a un problema diagnóstico de cierta complejidad una metodología que evita inicialmente posicionarle hacia hipótesis diagnósticas exclusivamente biológicas o psicosociales, es decir, evita focalizarse.
5. Le resulta muy útil tener una perspectiva socio familiar de sus pacientes.
6. Debe ahondar en los datos crudos que le aporta el paciente y, con independencia del peso que otorgue inicialmente a sus hipótesis, algunos datos recogidos obligan a determinadas medidas terapéuticas o diagnósticas directamente, es decir, sin otra confirmación y por el mero hecho de su presencia.
7. Primero descartar lo orgánico
8. Debe acostumbrarse a períodos de incertidumbre en los cuales no ceda a la tentación de dar significado a los síntomas a partir de datos no definitivos.
9. Sabe que cada paciente es una realidad en constante evolución.
10. Debe actuar independientemente de la enfermedad sobre el paciente en su conjunto. No importa que un cáncer no sea curable: allí tiene a un paciente cuyo bienestar psicológico tal vez pueda mejorarse con un abordaje apropiado, y también este objetivo es de la incumbencia del profesional.

Algunas diferencias entre el modelo biomédico y el biopsicosocial:

<i>Diferencias</i>	<i>Biomédico</i>	 <i>Biopsicosocial</i>
Concepto de enfermedad	Causa – efecto. Mejora con elementos externos Paciente es periférico. Corresponde a una clasificación biológica.	Redes casuales Mejora con elementos internos y externos. Paciente es fundamental. Diagnóstico contextualizado. Toma concepto de “malestar”
Relación equipo-paciente	Amable/Indiferente/Conflictivo Jerárquico: Decisiones las toma el equipo. Opinión del paciente son irrelevantes.	Respeto, empatía. Releva aspectos comunicacionales. Decisiones compartidas. Opiniones, expectativas, conocimientos y sugerencias del paciente son relevantes. Consentimiento informado.
Énfasis de la acción	Está puesto en la enfermedad y por lo tanto en la curación. Funciona organizado en disciplinas especializadas.	Salud – persona. Prevención – promoción. Disciplina “generalista”.

<i>Diferencias</i>	<i>Biomédico</i>	<i>Biopsicosocial</i>
Conocimiento	En el equipo de salud	Conocimientos complementarios (del equipo y del paciente y comunidad), por lo tanto ambos útiles.
Forma de trabajo	Trabajo en equipo jerarquizado. Muchas veces aislado.	Trabajo en equipo no jerarquizado. En equipos y mirada transdisciplinaria. “Objetivos” y “subjetivos”
Elementos diagnósticos	“Objetivos”: test, pruebas biológicas, bioquímicas, Rx, biopsias, etc.	“Objetivos” y “Subjetivos”

Bibliografía:

- 1) Zurro, M. Cano, J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ta. Edición. Mosby/Doyma. 2001.
- 2) Disponible: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-h-gea/e-gg2006/e-gg06-3/em-gg063f.htm>
- 3) Disponible: <http://www.cheesehosting.com/saludinfantil/definicion+salud.htm>
- 4) Rodríguez, J; Fajardo, G; Higuera, F; Iglesias L; Enseñanza del Modelo Biopsicosocial de la Medicina Familiar. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. Vol 7, No. 3. Septiembre-Diciembre 2006. Págs. 132-140
- 5) Intramed, articulos. IntraMed - Artículos - Autor: Huber M, Knottnerus J. A., Green L. BMJ 2011;343:d4163¿Debería modificarse la definición de salud de la OMS?. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=72079>
- 6) A destacar el Modelo de Atención Integral de la Salud. Disponible en: www.minsal.cl/ici/salud_mujer/documentos/modelo_atencion_integral_salud.doc

Genograma o Familigrama

Dra. Juana Pavón

Concepto: representación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo.

Antes de adentrarnos en nuestro capítulo, debemos recordar que la familia es un sistema abierto en constante interacción, su entorno social, económico, cultural y geográfico hacen de ellas únicas y variadas¹.

El Familigrama facilita la comprensión de la tipología o clasificación familiar mediante los diferentes elementos que la integran, ayudándonos a conocer mejor la dinámica familiar.

Segun Desarrollo de la familia	Moderna
	Tradicional
	Arcaica o Primitiva
Segun Demografia de la familia	Rural
	Suburbana
	Urbana
Segun la Integracion de la familia	Integrada
	Semi integrada
	Desintegrada
Segun la composicion de la familia	Nuclear
	Extensa
	Extensa compuesta
Segun su funcionalidad	Funcionales
	Disfuncionales

Se pueden encontrar diversas clasificaciones de la familia, las cuales pueden fundamentarse en el tipo de cultura, el número de sus componentes, la dinámica familiar y de otros elementos:

La **familia moderna**, considera aquella en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna, donde la madre es el sostén de la familia, también son aquellas consideradas de clase socioeconómica alta. La **familia tradicional**, son las de clase media, numerosa. Su rasgo fundamental es la perpetuación del modelo sociocultural. En ellas el padre es el único proveedor del sustento familiar y la madre se dedica al hogar y a los hijos. **Familia arcaica o**

primitiva, los elementos culturales y tradicionales sociodemográficos son determinante. Tienen menores oportunidades de crecimiento socioeconómico. Su prototipo es la familia campesina o nativa que se sostiene con los productos de la tierra o parcela.

La **familia rural** habita el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, **familia suburbana** con características del medio rural pero ubicada dentro del medio urbano y **familia urbana** se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios básicos.

La **familia integrada** es aquella donde ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus respectivas funciones. **Semi integrada**, ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones y **familia desintegrada**, los conyugues se encuentran separados.

Familia nuclear es aquella que cuenta con esposo, esposa con o sin hijos. **Familia extensa**, conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad. **Familia extensa compuesta**, conviven conyugues e hijos, familiares consanguíneos que viven con otros sin nexo legal.

Familias funcionales, son aquellas donde cada uno de los miembros cumplen sus funciones y pueden desarrollarse en mayor o menor medida. **Familia disfuncional**, en estas no se cumplen en mayor o menor grado las funciones que se espera de sus miembros.

Además de ser uno de los instrumentos de la medicina familiar, el familigrama, facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente, proporcionando una visión rápida del entorno del mismo. Al confeccionarlo se afianza el relacionamiento con los mismos y se logra un clima de confianza al crear la empatía.

Es necesario conocer la estructura del entorno familiar del paciente para su abordaje en los aspectos biológico, psicológico y social. El Familigrama ayuda al médico y a la familia a ver desde el punto de vista histórico, como del actual la información sobre la misma, se puede interpretar en forma horizontal a través del contexto familiar y vertical a través de las generaciones.

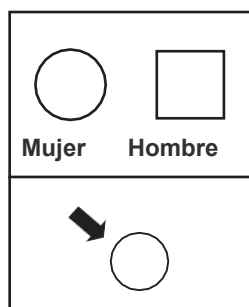
Se construye durante la primera consulta, se lo revisa y amplía con mayor información en siguientes entrevistas. Se debe tener en cuenta la situación médica que lo llevo a la consulta, pudiendo postergarse su realización en situaciones que ameriten atención urgente, dejándolo para los próximos controles médicos.

Una pregunta frecuente: ¿Hasta cuantas generaciones debemos graficar?, por lo menos a tres generaciones de familiares, más aun si son positivos para el conocimiento del histórico familiar, sean estos puntuales o críticos en antecesores y sucesores, en particular los relacionados con el "ciclo vital".

Por lo expuesto, podemos decir que el Familigrama nos ayuda a:

1. Conocer la estructura de una familia y las relaciones entre sus miembros.
2. Tener una visión rápida y global del ambiente psicosocial del paciente.
3. Conocer patologías de la estructura familiar e interrelacionarla en el contexto de la realidad del paciente.
4. Las etapas del ciclo vital familiar e individual en la que se encuentra.
5. Interpretar pautas generacionales repetitivas.
6. Conocer los acontecimientos más relevantes.
7. Sistemas de comunicación e interacción de sus componentes.
8. También ayuda al paciente a que se vea como la parte de un todo, y a reconocer que la familia en su conjunto participa activamente en el proceso de salud-enfermedad de cada uno de sus miembros.

Estructura, símbolos y formato para la realización del familigrama



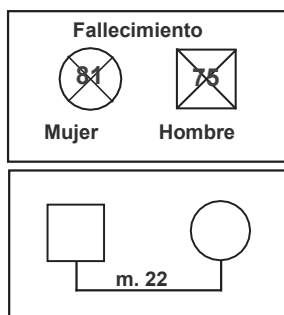
Personas

Lo principal de un familigrama es la descripción gráfica de como los diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente relacionados entre otros de una generación a la siguiente.

Cada **miembro** de la familia se representa como un cuadrado o círculo dependiendo de su género. En la literatura se puede encontrar además la representación de sexo desconocido con un rombo2.

El paciente alrededor de quien se construye el familigrama se identifica con una línea doble o se señala con una flecha:

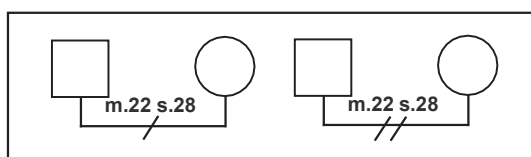
Para una **persona muerta**, una X se pone dentro del círculo, usualmente indicando la edad al fallecer. Las fechas de nacimiento y muerte se indican a la izquierda y la derecha sobre la figura



Matrimonios

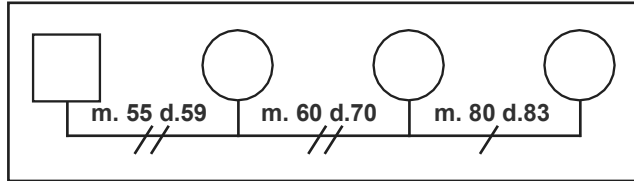
Los símbolos que representan miembros de la familia están conectados por líneas que representan sus relaciones biológicas y legales. Dos personas que están casadas están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha. Una letra "M" seguida por una fecha indica cuando la pareja se casó. Cuando no hay posibilidades de confundirse de siglo, se indica sólo los dos últimos dígitos del año.

La línea que los une también es el lugar donde las **separaciones y divorcios** se indican, las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio.



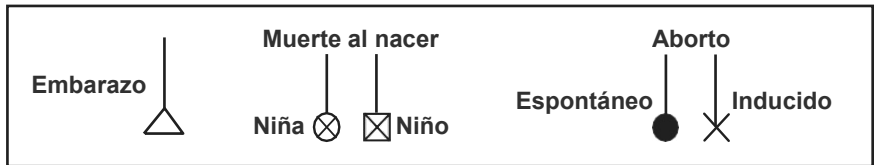
Las parejas **no casadas** se señalan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos. La fecha importante aquí es cuando se conocieron o empezaron a vivir juntos.

Los **matrimonios múltiples** agregan complejidad que es difícil de representar, la regla es que: cuando sea factible los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final. Por ejemplo, un hombre que tuvo tres esposas:



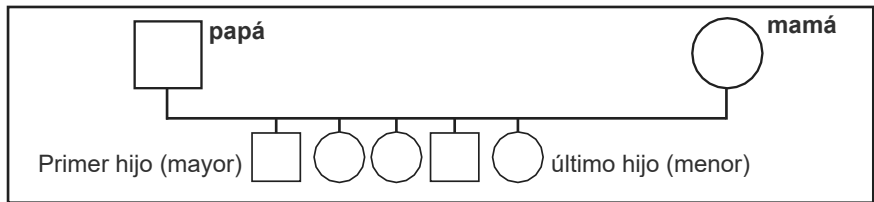
Hijos

Símbolos para: **embarazos, pérdidas, abortos y muertes al nacer.**

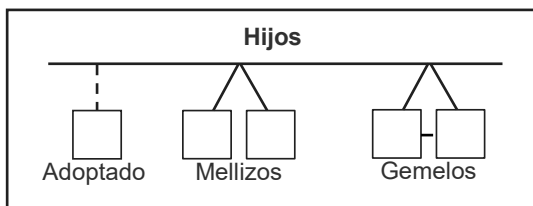


Espontáneo

Si una pareja tiene hijos, ellos cuelgan de la línea que conecta la pareja; los hijos se dibujan de izquierda a derecha, comenzando con el mayor.



Otros tipos de hijo también pueden aparecer:



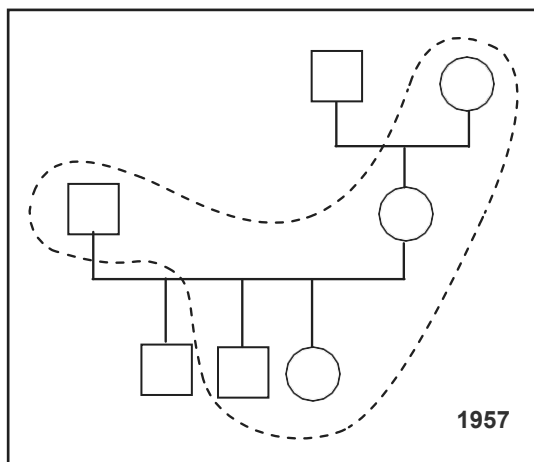
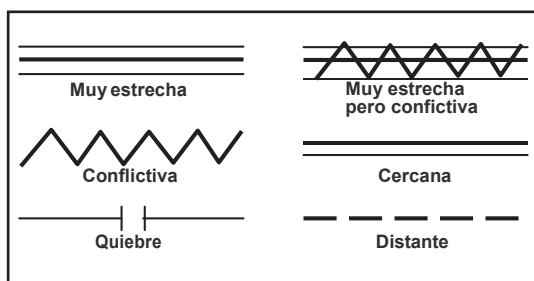
Relaciones en la familia

Claramente, una cronología familiar puede variar en detalle dependiendo del alcance y profundidad de la información disponible. El nivel de relaciones en la familia es el elemento más inferencial de un familigrama: esto involucra delinear las relaciones entre miembros de la familia.

Tales caracterizaciones se basan en informes de los miembros de la familia y observación directa.

Relaciones habitacionales

Una familia viviendo en un mismo lugar se señala con una línea



punteada alrededor de los integrantes que comparten co-habitan; alrededor de dicha línea puede ir indicado el período en el cual la familia está junta.

Siempre recordar en la construcción del familigrama:

- 1) Colocar la fecha de la construcción de la misma sabiendo que la estructura familiar pasa por cambios en los ciclos de los participantes, pudiendo agregarse nuevos miembros o presentarse eventos normativos y no normativos del ciclo vital familiar
- 2) No puede ser realizada en forma completa en la primera consulta ya que además de requerir bastante tiempo, implica una situación de empatía médico paciente para obtener la mayor cantidad de datos posibles, sobre todo lo que hace referencia a las relaciones interpersonales. El familigrama se ira completando en cada consulta.
- 3) De ser posible, además de identificar al paciente, identificar al familiar de mayor empatía con el mismo con el cual podamos acudir para eventual consulta o entrevista para seguimiento, adecuación o simplemente acompañamiento en la terapéutica del paciente.
- 4) Se debe, siempre que se pueda, identificar el grupo familiar que viven juntos.
- 5) Las relaciones entre los miembros de la familia se deben graficar como ayuda para identificar recursos de apoyo.

Interpretación del familigrama.

A. Composición del hogar: el familigrama suele mostrar la composición de la familia, si es una familia nuclear intacta, una familia con uno de los padres solamente, una familia que volvió a casarse, una familia de tres, etc.

B. Constelación fraterna: la posición emocional de una persona dentro de la familia. A menudo, los hijos mayores sienten que son especiales y en particular responsables de mantener el bienestar de la familia o de continuar con la tradición familiar. El hijo menor puede estar acostumbrado a que otros se ocupen de él. Los más jóvenes pueden sentirse más libres y menos cargados con la responsabilidad familiar. Es común que los hijos del medio muestren características ya sea de hijo mayor, de hijo menor o de ambos combinadas. Con frecuencia, un hijo del medio, a menos que él o ella sean el único varón o la única mujer, debe luchar para obtener un rol en la familia.

Un niño así puede escapar de las intensidades dirigidas al mayor o al menor, pero también deberá luchar para que lo tomen en cuenta. La posición fraterna puede predecir algunas dificultades maritales.

Otro factor para comprender las constelaciones familiares es la diferencia de edad entre hermanos. Una regla práctica es que cuanto mayor es la diferencia de edades, menor es la experiencia de hermanos que posiblemente hayan tenido. Por lo general, los hermanos con una diferencia de edad mayor de seis años son más hijos únicos que hermanos, ya que han pasado las etapas del desarrollo por separado.

C. Configuraciones familiares inusuales: temas o problemas críticos para la familia.

A modo de ejemplo, se puede observar:

- multitud de separaciones y/o divorcios
- preponderancia de mujeres profesionales de éxito: artistas, científicos, políticos, etc.
- frecuencia en adoptar hijos
- las mujeres por línea paterna están solteras.

D. Adaptación al ciclo vital: Es importante observar en el familigrama aquellas edades que difieran mucho de la norma para su fase del ciclo vital. Las fechas de nacimientos, muertes, abandono del hogar, de casamiento, separación y divorcio que aparecen en el familigrama.

E. Repetición de pautas a través de las generaciones: El funcionamiento de los miembros de una familia puede repetirse a través de las generaciones. En dichos casos, un estilo particular de funcionamiento (ya sea de adaptación o inadaptación) o de la forma de tratar un problema pasa de una generación a otra.

F. Sucesos de la familiar: Esta categoría comprende el entendimiento de cómo los sucesos de la vida están interconectados con los cambios en el funcionamiento familiar. A menudo, sucesos al parecer desconectados que se dan alrededor de la misma época de la historia familiar están relacionados sistemáticamente y tienen un profundo impacto sobre el funcionamiento de la familia. Un suceso “bueno” también puede tener un poderoso impacto sobre la familia. En muchas familias, la fama de un individuo tiene profundas repercusiones para los otros miembros de la familia; a menudo, los hijos de la siguiente generación tienen un difícil legado: “una tarea dura a seguir”.

El médico debe explicar la importancia de realizar el familigrama y es necesario el compromiso del paciente pues la información brindada muchas veces es de alta carga afectiva. Interpretar los síntomas y problemas individuales en una perspectiva relacional no es fácil, pero inicia el abordaje de intervenciones no centradas en la sintomatología ni el terreno orgánico.

Mediante el familigrama, el médico de familia tiene la oportunidad de conocer la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia y predecir el momento de las transiciones, permitiendo realizar asesoramiento familiar anticipado y hacer los ajustes necesarios a fin de prevenir la aparición de problemas de adaptación a la nueva etapa.

Bibliografía.

1. www.medicosfamiliares.com. Clasificación o tipología de la familia.
2. Familigrama y genograma. Silva y Ortiz, Maria Teresa Alicia. Pag: 12.
3. Adolfo Rubinstein et al. Medicina Familiar y Practica Ambulatoria. Cap. 14. Genograma. Herramienta clinica en Medicina Familiar. Pag.: 144-148. Cap. 12. Historia clínica orientada al problema. Pag.: 133-139. Editorial Panamericana. 2da edición. BsAs/Argentina. 2006.
4. Genograma, disponible en http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_8.htm
5. El Genograma en la clínica médica, disponible en http://cmm.uamericas.cl/incjs/download.asp?glb_cod_nodo=20070306101056&hdd_nom_archivo=Genograma_y_disfuncion_Familiar.pdf.
6. La historia clínica orientada en el problema, disponible en www.Institutodelparana.com.ar

La Funcionalidad Familiar y su Medición**Dra. María del Mar Larrosa**

Entre las actividades fundamentales de medicina familiar no solo debe evaluarse al paciente sino a su entorno, con el objetivo de tener una idea global del medio en el que se desarrolla el paciente. Tratando de comprender el contexto de la enfermedad en su medio social con una visión biopsicosocial.

Los instrumentos para la evaluación familiar permiten identificar en qué medida se cumplen las funciones básicas familiares y cuál es el rol de la familia en el proceso salud-enfermedad. Estos instrumentos ofrecen una visión gráfica de la familia, facilitan la comprensión de sus relaciones permitiendo desarrollar en el profesional de la salud, sobre todo en el médico de familia, una visión integrada del funcionamiento familiar.

La evaluación familiar comprende actividades clínicas vinculadas con una visión integradora de elementos biológicos psicológicos y sociales. No existe en realidad cuestionarios que permitan catalogar la función familiar en forma absoluta, sino que miden aspectos parciales de su función. Entre los instrumentos de medición familiar podemos mencionar:

- ✓ Apgar familiar: mide la percepción de la funcionalidad familiar.
- ✓ Tipología familiar de Cantor y Lehr: distingue familias patológicas y no patológicas.
- ✓ Paradigma familias de Reiss: comprende familias sensibles al ambiente, a la distancia y al consenso.
- ✓ Niveles de funcionamiento de Beavers: discrimina estilo de familia y adaptabilidad.
- ✓ Modelo circunflejo de Olson: abarca familias balanceadas, de rango medio y extremas.
- ✓ Modelo Macmaster: diferencia dimensiones como soluciones de problemas, comunicación, roles, responsabilidad, control de conducta.
- ✓ Círculo Familiar
- ✓ Faces IV
- ✓ Clasificación triaxial de la familia
- ✓ Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (ff-sil)
- ✓ Escala familiar estructural sistémica (efes), entre otros...

TIPOLOGIA FAMILIAR

La familia es una unidad microsocia que depende de la estructura social global, de la cual recibe sus características y valores fundamentales. Incluso cuando todo individuo crece madura y se integra a otra estructura familiar, siempre pertenece a una familia a lo largo de su

vida. El sistema familiar global está formado por familias relacionadas entre sí.

- ✓ **Familias de Origen:** en la que nace y obtiene su estatus de hijo y luego se aleja para dar lugar a la familia de procreación.
- ✓ **Familias de procreación:** se conforma con el matrimonio o la simple unión de la pareja

La familia puede clasificarse desde una diversidad de puntos de vista:

- Según la etapa del ciclo vital en que se encuentre.
- Según hábitos, costumbres y patrones de comportamiento: tradicionales o modernas.
- Según el enfoque demográfico: urbanas o rurales.
- Según la dinámica de las relaciones intrafamiliares: funcionales o disfuncionales.
- Según los límites de su estructura: amalgamadas o desvinculadas.
- Según su conformación: nuclear, seminuclear (mono o uniparental), familias consanguíneas (extensas, semiextensas, compuestas, modificadas)

APGAR FAMILIAR

Elaborado en 1979 por Smilkstein, validado y muy utilizado para la evaluación de la función familiar. Es un test sencillo rápido y fácil de realizar en la consulta ambulatoria, el cual mide el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

Basada en la adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y recursos, dividiendo a las familias en funcionales y disfuncionales. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, debido a la subjetividad del paciente, a su percepción individual que pueden variar para cada miembro de la familia. Por lo tanto es importante la realización del test a cada miembro de núcleo familiar para obtener un enfoque global de funcionalidad o disfuncionalidad.

Consta de cinco componentes los cuales se evalúan en forma de 5 preguntas cerradas, obtenidas de forma sencilla. Cada pregunta se puntúa de 0 a 2 sobre una escala de Likert, obteniéndose un índice entre 0 y 10.

- Adaptación (**Adaptability**): Utiliza recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas cuando hay amenaza del equilibrio familiar por estrés durante un periodo de crisis.
- Participación (**Participación**): participación en la toma de decisiones y responsabilidades, define el grado de poder de los miembros de la familia.
- Crecimiento (**Growth**): referido a la posibilidad de maduración emocional y física, y de la autorrealización de los miembros de la familia por el apoyo mutuo.
- Afecto (**Afection**): es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- Resolución (**Resolution**): es el compromiso o determinación de dedicar tiempo a los miembros de la familia.

A	ADAPTABILIDAD
P	PARTICIPACION
G	GROWTH – CRECIMIENTO
A	AFECTO
R	RESOLUCION – RECURSOS

Preguntas:

- 1.- Adaptabilidad: ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo en mis preocupaciones y problemas?
- 2.- Participación: ¿Estoy satisfecho en la forma que se discuten asuntos de interés común y se comparten soluciones a los problemas?
- 3.- Crecimiento: ¿Estoy satisfecho con la forma en que aceptan mis deseos de realizar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?
- 4.- Afecto: ¿Estoy satisfecho en la forma en que nos expresamos afecto y responden a mis sentimientos de amor, tristeza?
- 5.- Resolución: ¿Estoy satisfecho con la calidad y cantidad de tiempo que compartimos juntos?

Las respuestas obtienen puntaje según su respuesta en:

SI 2
A VECES.....1
NO.....0

Su interpretación según el puntaje se clasifica en:

- ✓ **Funcional:.....10 – 8**
- ✓ **Disfunción leve a moderada:..... 7 – 4**
- ✓ **Disfunción grave..... 3 – 0**

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Puntuación Total			

Es importante recordar que el test de apgar familiar no evalúa la función familiar realmente, sino el grado de satisfacción que tiene el individuo encuestado respecto del funcionamiento de su familia, su percepción personal. Por tanto el Apgar sirve para poner en aviso al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no así para diagnosticarla.

Cuando aplicar el Apgar familiar:

- ✓ En segunda visita médica para conocer al paciente y su entorno familiar.
- ✓ En caso necesario de la participación de la familia en el cuidado del paciente.
- ✓ Ante la sospecha de paciente somatizador.
- ✓ A los integrantes de una familia que atraviesan una crisis que implicara la probable ruptura del ciclo familiar.

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)

Instrumento creado por David Olson y cols, en 1985, con más de 30 años de investigación y respaldo científico, basado en el modelo circunflejo de los sistemas familiares y maritales.

Este instrumento no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino el grado de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión, adaptabilidad y comunicación); los puntajes obtenidos mediante este instrumento permiten clasificar a las familiar en tres categorías: **balanceadas, en rango medio y extremas**. Se estableció una hipótesis de que las familias extremas presentan un mayor riesgo de disfunción. Es un instrumento de auto aplicación el que se evalúa a través de 20 preguntas, de fácil aplicación e interpretación, con un alto nivel de confiabilidad. Cuenta con una escala la cual incluye cinco opciones: **nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre**.

Dimensiones de la funcionalidad familiar evaluadas en el FACES III:

- ✓ **Adaptabilidad:** capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, roles y reglas en respuesta al estrés situacional o evolutivo.
- ✓ **Cohesión:** vinculación emocional de los miembros de la una familia entre sí.
- ✓ **Comunicación:** dimensión facilitadora que favorece el mantenimiento optimo de las dos anteriores

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

No.	DESCRIBA A SU FAMILIA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.

CLASIFICACION TRIAXIAL DE LA FAMILIA

Existe una clasificación familiar basada en tres dimensiones (ejes) que engloban lo complejo de los problemas familiares, a pesar de que no exista una clasificación familiar diagnóstica universalmente aceptada. Esta clasificación sirve para ayudar al médico a comprender la naturaleza de la patología desde una vista multidimensional, desarrollar un tratamiento apropiado para los asuntos familiares, y es de utilidad para evaluar el funcionamiento familiar. Este instrumento evalúa aspectos del desarrollo de la familia, subsistemas en la familia, y a la familia como un grupo o sistema.

Eje I: Disfunciones del desarrollo familiar.

<p>■ Disfunciones del desarrollo. Disfunción familiar primaria Por el nacimiento de un hijo Relacionada con la educación de los hijos Relacionada con la crianza de los hijos Disfunción de la familia madura. Disfunción de la familia en dispersión.</p>	<p>■ Complicaciones y variaciones del desarrollo. Familia interrumpida Familia de un solo padre Familia reconstruida Familia crónicamente inestable</p>
---	--

Eje II: Disfunciones en los subsistemas familiares.

<p>■ Disfunciones en el sistema conyugal Disfunción marital complementaria Disfunción marital conflictiva Disfunción marital dependiente Disfunción por falta de vinculación Disfunción por incompatibilidad</p>	<p>■ Disfunciones en el sistema conyugal Disfunción marital complementaria Disfunción marital conflictiva Disfunción marital dependiente Disfunción por falta de vinculación Disfunción por incompatibilidad</p>
<p>■ Disfunciones en el subsistema padre-hijo Con relación a uno de los padres Con relación a uno de los hijos En la relación padre-hijo Disfunciones triangulares</p>	<p>■ Disfunciones en el subsistema de los hermanos Rivalidad destructiva Sobreidentificación o falta de diferenciación Coaliciones contra los padres</p>

Eje III: Disfunciones de la familia como sistema.

<p>■ Disfunciones estructurales y funcionales Familia de bajo rendimiento Familia excesivamente estructurada Familia patológicamente integrada Familia desorganizada</p>	<p>■ Disfunciones sociales Familia socialmente aislada Familia socialmente desviada Familia con un tema especial (secreto, creencia)</p>
---	--

¿Cómo se realiza el diagnóstico de la familia en la Clasificación Triaxial?

- Familia con una disfunción en un eje, o dos, mientras que en las otras dimensiones esta funcional o con menor afectación.
- El diagnóstico de la patología familiar no debe basarse en un modelo fijo, ni servir como una etiqueta familiar, mas bien debe ser un proceso dinámico, igual que la familia misma.

Este sistema triaxial familiar es multiaxial y los tres ejes o dimensiones son usados en forma simultánea, pudiendo clasificarse como familias con disfunción en un eje o dos, mientras que se encuentra funcional en los otros ejes o con menor afectación. El diagnóstico de la patología familiar no debe basarse en un modelo fijo, ni tampoco debe etiquetarse a la familia.

Eje I:

a) Disfunciones del desarrollo:

1. ¿Considera usted que en su matrimonio tanto su esposo (a) como usted están de acuerdo con su papel familiar?

SI	NO
----	----

2. ¿Considera usted que en su matrimonio cada quien cumple con su responsabilidad y tareas de esposo?

ADECUADAMENTE	CON DEFICIENCIA	MUY DEFICIENTE
---------------	-----------------	----------------

3. ¿La llegada de los hijos ha significado para su matrimonio problemas?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
---------	--------------	---------	-------

4. ¿Si la llegada y crianza de los hijos ha significado problemas estos han sido principalmente de tipo?

ECONOMICO	FAMILIAR	OTROS (ESPECIFICAR)
-----------	----------	---------------------

5. ¿Si en su familia tiene hijos adolescentes o adultos, toma cada quien su respectivo papel y responsabilidad en la familia?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
---------	--------------	---------	-------

6. ¿La pérdida o ausencia de uno de los miembros de la familia ha significado crisis familiar persistente?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
---------	--------------	---------	-------

7. ¿En caso que la falta de un miembro signifique crisis familiar persistente ha sido por su repercusión?

ECONOMICO	FAMILIAR	OTROS (ESPECIFICAR)
-----------	----------	---------------------

b) Complicaciones y variaciones del desarrollo

B) Complicaciones y variaciones del desarrollo

8. Se ha separado alguna vez de su familia ya sea de manera formal o informal.
 SI _____ NO _____

9. En caso de que sean varias veces, cuantas son?
 2 O MENOS _____ 3 O 5 _____ MAS DE 6 _____

10. Es usted actualmente el que da todas las atenciones y cuidados a sus hijos, ya sea por divorcio, viudez o separación informal.
 SI _____ NO _____

11. El tener toda la responsabilidad de atender y cuidar de sus hijos le representa problemas
 SI _____ NO _____

12. Estos son principalmente de tipo:
 ECONOMICO _____ FAMILIAR _____ OTROS (ESPECIFICAR) _____

13. En caso de que usted haya integrado a otra familia, diría que sus miembros están cumpliendo con su responsabilidad y tomando su respectivo lugar.
 SI _____ NO _____

14. El divorcio, separación informal de los padres, la falta o pérdida de un miembro han traído consigo inestabilidad y problemas que no se han resuelto.
 SI _____ NO _____

EJE II

a) Disfunciones en el sistema conyugal

15. En la relación con su pareja es común que se presenten rifas agresiones verbales, físicas, chantajes, separaciones, etc.
 SI _____ NO _____

16. Considera usted normal la situación anterior
 SI _____ A VECES _____ NO _____

17. Que tan severo considera el problema
 INSOPORTABLE _____ TOLERABLE _____ INSIGNIFICANTE _____

18. Considera usted que su papel de cónyuge es aceptar todo lo que sea
 SI _____ A VECES _____ NO _____

19. En la relación con su pareja considera usted que existe competencia por ser quien tome las decisiones, acciones e iniciativas usted y su pareja.
 SI _____ A VECES _____ NO _____

20. En que porcentaje diría que se reparten las responsabilidades entre usted y su pareja (hombre/mujer)
 100/0 _____ 75/25 _____ 50/50 _____ 25/75 _____

21. Considera que entre usted y su pareja hay buena comunicación.
 SI _____ A VECES _____ NO _____

22. Siente usted la confianza suficiente para comunicar cualquier problema, de cualquier tipo, en cualquier momento a su pareja.
 SI _____ A VECES _____ NO _____

23. Cuando se comunica o habla con su pareja lo hace de manera clara, directa sin temores.
 SI _____ A VECES _____ NO _____

24. Comparte usted con su pareja las mismas ideas, gustos, hábitos, creencias, normas morales, sentimientos, etc.
 TODAS _____ ALGUNAS _____ NINGUNA _____

25. Que tan identificado o afin se considera con su pareja
 TOTALMENTE _____ LO SUFICIENTE _____ MUY POCO _____ NADA _____

b) Disfunciones en el subsistema padre(s) hijo(s) (parental)

TOTALMENTE	LO SUFICIENTE	MUY POCO	NADA
------------	---------------	----------	------

B) Disfunciones en el subsistema padre (s) hijos (s) (parental)

26. Considera usted adecuada la forma de criar y educar a sus hijos
 SI _____ A VECES _____ NO _____

27. Considera usted adecuada la relación suya y de su conyugue con sus hijos
 SI _____ A VECES _____ NO _____

28. Se da el caso en su familia que por costumbre, enfermedad u otro motivo en algún hijo se centre la atención, problemas, iniciativas, etc.
 SI _____ NO _____

29. Considera usted que por alguna razón existe relación especial que sobresalga en su familia, entre algún padre y algún hijo.
 SI _____ NO _____

30. En caso de ser sí, las causas de dicha relación es principalmente

ECONOMICO	PSICOLÓGICA	FAMILIAR	OTROS (ESPECIFICAR)
-----------	-------------	----------	---------------------

31. Existe alguna relación especial entre ambos padres y algún hijo

SI	NO
----	----

32. La causa de esta relaciones de tipo

ECONOMICO	PSICOLÓGICA	FAMILIAR	OTROS (ESPECIFICAR)
-----------	-------------	----------	---------------------

c) Disfunciones en el subsistema de los hermanos (fraternal)

33. Considera usted adecuada la relación entre sus hijos como hermanos.

SI	A VECES	NO
----	---------	----

34. De acuerdo a su edad y lugar en su familia toman sus hijos sus respectivos lugares y responsabilidades.

SI	A VECES	NO
----	---------	----

35. Considera usted adecuada la relación entre hijos y padres

SI	A VECES	NO
----	---------	----

EJE III

a) Disfunciones estructurales y funcionales

36. Considera usted que en su familia cada miembro asume su lugar y funciones respectivas

SI	A VECES	NO
----	---------	----

37. Considera usted que habitualmente su familia cumple con las metas y planes que se fijan

SI	A VECES	NO
----	---------	----

38. Si cumple con las metas que se trazan en que porcentaje

100	75	50	25
-----	----	----	----

39. Considera usted que la conducta y funciones de su familia habitualmente son demasiado rígidas

SI	A VECES	NO
----	---------	----

40. Que tanta flexibilidad existe en las normas y costumbres de su familia

MUCHA	REGULAR	ESCASA	NINGUNA
-------	---------	--------	---------

41. Considera usted que en su familia cada quien se respeta mutuamente.

SI	A VECES	NO
----	---------	----

42. Considera usted que la unión complementaria en su familia son adecuadas.

SI	A VECES	NO
----	---------	----

b) Disfunciones sociales

43. Considera usted que su familia convive y comparte relaciones adecuadamente en el conjunto de la comunidad

SI	A VECES	NO
----	---------	----

44. De no ser así la razón principal es de tipo

RELIGIOSO	COSTUMBRE	FALTA DE TIEMPO	OTRAS (ESPECIFICAR)
-----------	-----------	-----------------	---------------------

45. Considera usted que los intereses de su familia son contrarios o ajenos a los interés de la comunidad

Herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar

SI	A VECES	NO
----	---------	----

46. Por sus costumbres, religión, educación u otro motivo, considera usted a su familia distinta al conjunto de la comunidad

TOTALMENTE	UN POCO	NADA
------------	---------	------

47. También por las razones anteriores considera usted a su familia como algo superior al resto de la comunidad

TOTALMENTE	UN POCO	NADA
------------	---------	------

48. Considera usted que su familia debe estar mas integrada al conjunto de la comunidad

SI	NO
----	----

ESCALA DE EVALUACION FAMILIAR DE BEAVERS-TIMBERLAWN

Es una escala valorada por el observador, estudia el grado de interacción familiar, explora las dimensiones de la estructura, jerarquías de poder, coaliciones parentales, mitologías familiares, negociaciones de objetivos, permisibilidad de conflictos; y tiene cierto grado de interacción familiar.

El modelo de Beavers tiene 3 niveles de organización:

- ✓ **Primer nivel:** se observan las familias del fondo de la escala que son caóticas y confusas, mal delimitadas sin ninguna jerarquía;
- ✓ **Segundo nivel:** se encuentran familias extremadamente autoritarias,
- ✓ **Tercer nivel:** encontramos familias flexibles y adaptativas que no son demasiados sueltas ni demasiado estrictas.

CIRCULO FAMILIAR

Se utiliza para realizar una evaluación rápida de la función familiar y se aplica individualmente. Se obtiene en forma gráfica y esquemática información sobre el sistema familiar, tal como es percibido por la persona que lo dibuja.

Demuestra una rica información sobre la familia que puede ser usada para:

- ✓ Conocer algunos aspectos de la dinámica familiar, Alianzas familiares
- ✓ Identificar situaciones de conflicto.
- ✓ Aumentar la conciencia familiar sobre la situación problema o sobre cómo cada uno percibe a la familia.
- ✓ Poder, toma de decisiones y establecer metas de cambio.
- ✓ Obtener un perfil de la familia.
- ✓ Valorar cercanía y distancia a través de los límites
- ✓ Separaciones y fusiones del espacio personal y fronteras interpersonales

Bibliografía

1. Smilkstein G. The family Apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978;6:1231-9
2. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family Apgar as a test of family function. J Fam Pract 1982;15:303-11.
3. Crowley, S.L (1998) A Psychometric Investigation of the FACES III: Confirmatory Factor Analysis with Replication. Early Education y Development 9,161-178.
4. Epstein, N Baldwin, L. y Bishop, D. (1983). The McMaster Model of Family Functioning: a view of the normal family. En F. Walsh, Normal family processes (115-142) Ny: Guilford Press.
5. Gorall, D.M., Tiesel, J. y Olson, D.H. (2004). FACES IV Development and Validation. Minneapolis: Life Innovation.
6. Olson, D.H (2000). Circumplex model of Marital and Family Systems, Journal of Family Therapy, 22,144-167.
7. Schmidt, V. (2002). Escala de Evaluación de cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3ª versión (FACES III) y su uso en nuestro medio. Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, U.B.A Bs As.

CAPÍTULO XIII

Las Crisis familiares y la intervención del Médico de Familia

Dr. Andrés Szwako

Es frecuente asociar la idea de crisis con dificultad, riesgo y peligro pero el concepto está más próximo a la de cambio crucial, significativo o determinante. La familia, independientemente de su funcionalidad, está expuesta a momentos críticos; algunos de ellos ocurren como consecuencia del curso natural de la vida, otros por el contrario no están relacionados con el ciclo vital y están relacionados a hechos circunstanciales o inesperados. En cualquiera de estos casos la familia enfrenta el reto de modificar su repertorio habitual de respuestas ante factores estresantes recurriendo a recursos internos y externos. (medicos familiares, 2018)

Una crisis podemos definir como una situación o estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la probabilidad de que el individuo presente dificultades para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas.

Existe también una dinámica familiar, que es el conjunto de pautas tradicionales que establece de que manera, cuando y con quienes se relaciona cada miembro de una familia. Es en esta dinámica donde puede presentarse las crisis.

Básicamente, las crisis podemos dividir las o clasificarlas como: Normativas o del desarrollo (que son las esperables) y Paranormativas, No normativas o circunstanciales (son accidentales inesperadas o imprevisibles.)

Las crisis llamadas normativas son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va pasando por diversas etapas de los ciclos vitales, desde la niñez a la senectud.

En cambio, **las crisis paranormativas** son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales, además, abarcan alteraciones psicosociales y socioculturales.

Las crisis son comunes en los grupos familiares, el solo hecho de que una familia presente una crisis no la califica como una familia disfuncional o problemática. Lo importante en estos sucesos es como se solucionan. Las crisis no son señales de deterioro, suponen riesgos y conquistas, son motores impulsores de los cambios. La familia en crisis no es necesariamente una familia disfuncional o problemática. El hecho de vivir en crisis no es necesariamente la causa de disfunción

familiar, sino el modo cómo se enfrenta.

El vocablo crisis no implica solamente la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad de crecer, superar la contradicción con el consiguiente resultado positivo.

Estas crisis están en relación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, y con los cambios, en consecuencia, de las pautas de interacción en el contexto familiar. En estas crisis se cambian las viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan, a cada uno de los miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles, poniendo de manifiesto un desarrollo cada vez más acabado de individuación y de una estructura familiar cada vez más compleja y diferente a la anterior, lo que da lugar al crecimiento y desarrollo de la familia.

Esquemáticamente, las fases por las que pasan los individuos o las familias al encontrarse con crisis, son:

Crisis
<p>• Normativas Son predecibles o esperables y sobrevienen cuando una persona va pasando por diversas etapas de los ciclo vitales.</p> <p>• Paranormativas Son inesperadas, accidentales y dependen de diversos factores.</p>

Fases de las crisis
<ul style="list-style-type: none"> • Shock • Reaccion • Adaptacion • Resolucion

- La primera fase es del shock, existe sorpresa, incredulidad por lo que está pasando, la persona no está preparada para afrontar una crisis y muchas veces existe negación. En esta fase, la intensidad sería diferente si se tratara de una crisis normativa o de una paranormativa.
- Luego está la fase de reacción, en donde el individuo supera el golpe inicial, se percata lo que está sucediendo e intenta resistir. Es aquí donde según los recursos disponibles en el grupo familiar, se podrá pasar a la siguiente etapa o quedarse en esta, con frustración, angustia, ansiedad y en algunas ocasiones hasta perdiendo el control de la situación.
- La tercera fase es la de aceptación, aquí ocurre la adaptación del individuo, el apoyo familiar o social del que se dispone cumple un rol fundamental.
- Por último, esta la fase de resolución de la crisis, en donde finalmente se estará en disposición de adoptar una solución.

También hay que destacar, que en algunas situaciones un miembro de la familia no supera todas las fases, quedando en el estado de shock o nunca aceptando la situación.

1. Las crisis normativas, al ser esperables, se podrían dividir según el ciclo vital, veremos ejemplos.

En la etapa constitutiva de la familia: el matrimonio, la independización económica, problemas de adaptación sexual, diferencias socioculturales de la pareja, diferencias religiosas, etc.

En la etapa procreativa: expectativas sobre el embarazo, nacimiento de los hijos, dificultades para asumir el papel parental, ingreso y adaptación escolar, crecimiento y desarrollo de los hijos, etc.

Etapa de dispersión: separación de los hijos por razones de estudio (nivel terciario) o por motivos laborales (de los padres o de los hijos), entre otros.

Etapa familiar final: síndrome del nido vacío, jubilación, muerte de uno de los cónyuges, etc.

II. Las crisis paranormativas dependen de diferentes factores, y como ejemplo tenemos:

Factores dentro de la familia: huida del hogar de los hijos, embarazo prematrimonial, conflictos conyugales, rivalidad entre hermanos, adopciones, suspensión en la escuela, etc.

Enfermedades: abortos provocados o espontáneos, complicaciones del parto, amputaciones, hospitalizaciones, esterilidad, toxicomanías, etc.

Situaciones ambientales: mudanzas, emigración laboral, etc. Factores económicos: cambio en categoría económica, cambio de ingresos, etc.

Factores laborales: cambios en el trabajo, huelgas, despidos, etc.

Factores legales: detenciones, juicios, demandas, etc.

Intervención ante las crisis familiares por el Médico de Familia

Primeramente debemos hacer una evaluación de la situación familiar, donde se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1- Tipo de evento ocurrido, experiencias previas, intensidad de los factores estresantes.
- 2- La forma en que afectó a la familia, grado de desorganización y la conducta familiar reactiva ante el evento.
- 3- La historia de otras crisis familiares, los mecanismos de resolución de las crisis usuales, y los métodos de que dispone la familia para enfrentar las crisis.
- 4- Habilidad para adaptarse a la nueva situación, grado de flexibilidad del sistema familiar.
- 5- Nivel de apoyo disponible y de recursos familiares en general.
- 6- Nivel de aceptación de la ayuda.

La resolución de la crisis está dirigida a la adaptación y a la recuperación del equilibrio familiar y los pasos a seguir para ayudar a sobrellevar la crisis pueden ser:

- 1- Identificación de la fuente de estrés, detallar las causas que llevaron a la familia a la crisis.
- 2- Analizar la situación como un problema de toda la familia, y no de algunos miembros nada más.

- 3- Redimensionar la situación, manejando el significado y la gravedad del problema; ayudar a minimizar los efectos de la desorganización.
- 4- Buscar opciones para la solución del problema con los propios recursos de la familia, alentarlos en la búsqueda de nuevas soluciones.
- 5- Reforzar las soluciones positivas y destacar las habilidades familiares en la solución de los problemas.
- 6- Tratar de que la familia integre las nuevas situaciones a los acontecimientos cotidianos de la vida familiar.
- 7- Ayudar a la familia a recuperar la sensación de control, disminuyendo las sensaciones de impotencia, y las creencias de la carencia de habilidades para resolver los problemas.
- 8- Flexibilizar el sistema familiar.
- 9- Guiar y regular los esfuerzos adaptativos de la familia.

Durante la crisis existe una organización inestable y transitoria que puede ocasionar angustia. Pueden aflojarse los límites y confundirse los papeles y las reglas, los valores y las metas pierden importancia y es posible que se revivan conflictos irresueltos, los riesgos físicos, psíquicos y sociales son elevados, sin embargo aunque se considere a la crisis como un trance peligroso, no necesariamente debe evitarse, ya que es un proceso que puede promover la reestructuración de los sistemas (individual, familiar, social) y ayudar a comprender sus cambios.

El objetivo de la prevención de crisis no es impedir que ocurran, sino mejorar o desarrollar las capacidades y habilidades del individuo y/o de las familias para afrontar esta situación, a fin de que traten de obtener experiencias constructivas que les ayuden a su crecimiento

Como conclusión se puede resaltar que las crisis familiares no siempre tienen consecuencias negativas, ni son referidas siempre a circunstancias traumáticas, sino que están relacionadas también con acontecimientos normales del desarrollo familiar. La familia en crisis no es siempre una familia disfuncional, son situaciones de cambio, que implican transformaciones en el sistema familiar, pero si la familia es capaz de asimilar estas reestructuraciones, pueden ser fuente de crecimiento y desarrollo familiar.

Bibliografía:

- 1) Rondero J. Las Crisis Familiares y la Intervención del Médico de la Familia. Disponible en: <https://encolombia.com/libreria-digital/medicina/ecmg/fasciculo-1/ecmg1-crisis/>
- 2) Crisis familiares, conceptos y fases. Medicos familiares. Disponible en: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/crisis-familiares-concepto-y-fases.html>
- 3) Gonzalez Benitez, Idarmis. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(3):270-6. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_3_00/mgi10300.htm

Los Ciclos Vitales

Dra. Miriam Riveros Ríos

1) Ciclo Vital Individual (CVI)

Concepto: Serie de cambios sucesivos que presenta el ser humano, a lo largo de su desarrollo cronológico, desde su etapa neonatal hasta la etapa de adulto mayor.

Estos cambios incluyen los aspectos del desarrollo cognitivo, psico-social y sexual.

El ser humano es complejo debido a las áreas en las cuales se desenvuelve, pasando por cambios en los aspectos de crecimiento, desarrollo, adquisición de habilidades, y pérdidas de las mismas, lo que hace de él un ser de características particulares de acuerdo a las etapas en las cuales atraviesa.

Estas etapas fueron estudiadas en forma exhaustiva en sus varios aspectos: cognitivo, psicosocial y sexual, de manera a encasillar de alguna manera las evoluciones del ser humano en forma cronológica tanto para poder entender, clasificar, evaluar y predecir los cambios que podría acontecer y por ende realizar consejos anticipados en las diferentes etapas, realizar un seguimiento y acciones de cuidado en cada proceso vital.

Nuevamente aquí en médico de familia debe conocer y entender estas etapas para realizar el seguimiento, tomar medidas preventivas y tratar de comprender el contexto en el cual se encuentra el sujeto.

Objetivos del conocimiento del ciclo vital

- Reconocer las diferentes etapas del ciclo de vida del ser humano, desde su nacimiento hasta la edad adulta
- Aplicar el conocimiento del ciclo de vida del ser humano, en las diferentes acciones para el cuidado y seguimiento del proceso vital de cada individuo (proceso vital incluye salud-enfermedad así como la vida y la muerte)

Veremos a continuación los tipos de desarrollos por los cuales pasa el ser humano de acuerdo a las esferas mencionadas:

Teoría cognitiva de Piaget

La teoría de PIAGET descubre los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: cómo las estructuras psicológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos, se organizan durante la infancia en esquemas de conducta, se internalizan durante el segundo año de vida como modelos de pensamiento, y se desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que

caracterizan la vida adulta. PIAGET divide el desarrollo cognitivo en cuatro periodos importantes:

Período	Estadio	Edad
Etapa Sensoriomotora La conducta del niño es esencialmente motora, no hay representación interna de los acontecimientos externos, ni piensa mediante conceptos.	a. Estadio de los mecanismos reflejos congénitos.	0 – 1mes
	b. Estadio de las reacciones circulares primarias	1 - 4 meses
	c. Estadio de las reacciones circulares secundarias	4 - 8 meses
	d. Estadio de la coordinación de los esquemas de conducta previos.	8 - 12 meses
	e. Estadio de los nuevos descubrimientos por experimentación.	12 - 18 meses
	f. Estadio de las nuevas representaciones mentales.	18-24 meses
Etapa Preoperacional Es la etapa del pensamiento y la del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.	a. Estadio preconceptual. b. Estadio intuitivo.	2-4 años 4-7 años
Etapa de las Operaciones Concretas Los procesos de razonamiento se vuelen lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad.		7-11 años
Etapa de las Operaciones Formales En esta etapa el adolescente logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales.		11 años en adelante

Etapa del desarrollo psico-social (Erikson)

Erikson centra su teoría en la influencia que ejercen lo social y cultural en el desarrollo y modelamiento del yo. Comprende las ocho edades del hombre, cada una con sus crisis propias, que permiten a su vez el

crecimiento, la consolidación y la preparación para un paso saludable hacia la etapa siguiente.

Etapas y crisis	Edad	Suceso
Crisis I confianza básica en oposición a desconfianza básica	0 -1 ½ años	Alimentación
Crisis II autonomía en oposición a vergüenza y duda	11/2-2 años	Entrenamiento para ir al baño
Crisis III iniciativa en oposición a culpa	3-5 años	Locomoción
Crisis IV laboriosidad en oposición a inferioridad	6-9 años	Inicio de escolaridad
Crisis V identidad en oposición a inferioridad	10-19 años	Relación con comp. de la misma edad
Crisis VI intimidad en oposición a aislamiento	20-44 años	Relación amorosa
Crisis VII generatividad en oposición a estancamiento	45-59 años	Parentalidad
Crisis VIII integridad del yo en oposición a desesperación	60 y + años	Reflexión acerca de la propia vida

Teoría del desarrollo psicosexual de Freud

Freud creía que los primeros años de vida son decisivos en la formación de la personalidad, a medida que los niños desarrollan conflictos entre sus impulsos biológicos innatos relacionados con la sexualidad y las restricciones de la sociedad. Afirmó que estos conflictos se presentan en una secuencia de etapas variables del desarrollo psicosexual, distingue cinco etapas del desarrollo humano:

Etapas:

Etapas: (del nacimiento a los 12 ó 18 meses)
La principal fuente de placer del bebé se orienta hacia las actividades de la boca, como chupar y comer.

Etapas: (de los 12 ó 18 meses a los 3 años)

La retención y expulsión de sus heces produce placer en el niño. La zona de gratificación es la región anal.

Etapas: (de los 3 a los 6 años)

Época del "romance familiar", el complejo de Edipo en los niños y el de Electra en las niñas. La zona de gratificación se desplaza hacia la región genital.

Etapas: (de los 6 años a la pubertad)

Etapas de transición hacia otras más difíciles. Los jóvenes comienzan a adoptar los roles de género y desarrollan el superego. Pueden socializarse, desarrollan habilidades y aprenden acerca de ellos mismos y de la sociedad.

Etapas genital (adolescencia y edad adulta)

Los cambios fisiológicos de la pubertad realimentan la libido, energía que estimula la sexualidad. Relaciones heterosexuales y exogámicas. Es la última etapa, antes de entrar a la edad adulta.

II) Ciclo Vital Familiar (CVF)

Concepto: Secuencia más o menos ordenada de sucesos previsibles, que se presentan durante todo un ciclo de vida familiar, teniendo por ello también sus crisis previsibles.

La familia como núcleo de personas que interactúan entre sí tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que, de alguna manera, son previsibles por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas.

Estas etapas conforman el denominado ciclo vital familiar (CVF) que se ha concebido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.

Uno de los roles fundamentales del médico de familia consiste en realizar tareas de prevención con sus pacientes. Este rol está definido en uno de los principios de la Medicina Familiar que enuncia que “el médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria” (McWhinney), por lo cual es fundamental conocer las etapas por las cuales atraviesa, sus conductas, crisis previsibles, y por ende realizar consejos anticipados o simplemente entender el contexto en el cual se desenvuelve el paciente.

Morbilidad y ciclo vital familiar

En cada etapa del ciclo se encuentran patologías determinadas de acuerdo con la edad, las actividades y los roles que realizan sus miembros. El embarazo, el recién nacido, el adolescente, el adulto joven y el anciano, que monopolizan determinados estadios en la vida de la familia, aportan, con su presencia, una morbimortalidad específica. Pero es también importante recordar que la misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del desarrollo tiene distintas implicaciones en lo que respecta a la atención y al tratamiento de los aspectos físico, emocional y social.

Cambios de conducta y adaptación al ciclo vital familiar

Desde una perspectiva conductual y emocional cada etapa del ciclo implica cambios, crisis de desarrollo, adaptaciones que afectan la salud de sus miembros y la función familiar.

A continuación, se estudiarán sucintamente estos cambios y necesidades en cada estadio del ciclo, existen varios modelos que serán detallados a continuación:

Modelo del CVF (Duvall)

1. Comienzo de la familia (nido sin usar)
2. Familias con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses)
3. Familias con hijos preescolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)

4. Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)
5. Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
6. Familias como "plataforma de colocación" (desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último)
7. Familias maduras (desde el "nido vacío" hasta la jubilación)
8. Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos)

Modelo de la OMS modificado

Etapa	Desde	Hasta
I. Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
IIA. Extensión	Nacimiento del primer hijo	El primer hijo tiene 11 años.
IIB. Extensión	El primer hijo tiene 11 años	Nacimiento del último hijo
III. Final de la extensión	Nacimiento del último hijo	El primer hijo abandona el hogar
IV. Contracción	El primer hijo abandona el hogar	El último hijo abandona el hogar
V. Final de la Contracción	El último hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
VI. Disolución	Muerte del primer cónyuge (extinción)	Muerte del cónyuge sobreviviente

I. Formación del matrimonio.

1. Definición pareja matrimonial:

"Se caracteriza por una permanencia del vínculo, en que se suman vida afectiva, relaciones sexuales, intercambio económico, deseo de compartir el futuro junto a un proyecto vital que les da sentido y que determina el establecimiento de dependencias cualitativamente diferentes de las que pueden darse en cualquier otro vínculo" (Feinstein).

2. Características de la elección

- Implica reciprocidad: se es simultáneamente electo y elegido.
- Lo que se espera del objeto elegido se relaciona con lo que se espera de la relación: contribución al equilibrio personal y a la organización defensiva: idealización o enamoramiento de la fase inicial.
- Madurez (emocional, económica, interpersonal) y desempeño conyugal

3. Teorías explicativas

- a. Psicoanálisis
 - Acuerdos inconscientes: determinan una peculiar modalidad de interacción y de complementariedad. Indican la manera y el objeto a elegir; regulan lo permitido y prohibido. Su objetivo es satisfacer fantasías infantiles complementarias.
 - Influencias de las relaciones tempranas.
- b. Teoría sistémica
 - Procesos de interacción: relación como totalidad y contexto de la elección. Ensamblaje de aspectos individuales que se van estructurando a través de la retroalimentación mutua.
 - Relaciones consistentes que implican patrones descriptibles y pre-susumibles.

4. Fases del proceso de evolución de pareja.

- a. Periodo de galanteo y elección de pareja.
 - Prepararse para el rol de hombre o mujer.
 - Independizarse de la familia de origen y definición de las relaciones futuras con esta.

- Iniciar la formación de una identidad de pareja.
- Generar una intimidad con su pareja.
- b. Matrimonio y consolidación de la pareja.
 - Adaptarse a los roles y tareas de una casa.
 - Manejo del poder
 - Patrones de resolución de conflictos.

En esta etapa última etapa se pueden distinguir dos momentos: Nido sin y la familia que espera su primer hijo.

- a) **Nido sin usar:** adaptación de los cónyuges al matrimonio. Duvall define una serie de actividades que los matrimonios deben poner en marcha es esta etapa de desarrollo. Entre ellas se destacan: el establecimiento de un hogar, como ganar y gastar el dinero, implementar un sistema de comunicación eficaz, acuerdos en las relaciones con los amigos y parientes y acordar la planificación familiar. Todo esto se resume a una decisión unánime por parte del matrimonio en todos los aspectos de la vida en pareja, adaptándose a la situación de "llegar a un acuerdo en común".
- b) **La familia que espera:** en este momento los problemas generalmente giran en torno al embarazo donde la pareja, principalmente la mujer, consulta en forma periódica por sus controles de embarazo.

Problemas frecuentes.

Alianza con la familia de origen de uno o ambos miembros, esto acarrea una dificultad para asumir el rol de esposo/a, padre/madre. Alianza fraternal entre los cónyuges como forma de poder salir del hogar de origen. Impide la inclusión del hijo como tal.

Búsqueda de un hijo para consolidar la unión de la pareja que todavía no ha sido lograda

Crisis del desarrollo.

El Embarazo.

1. Conflicto con el desarrollo profesional de la mujer.
2. El hombre ya no busca afirmar su identidad teniendo hijos; ahora la busca seduciendo o acumulando riqueza.
4. Temor a crecer y hacerse adulto.
5. Temor a generar problemas en los hijos que sean productos de las propias dificultades personales.
7. Temor a que los hijos destruyan el matrimonio.
9. Celos del padre a ser desplazados.

II. Extensión

Nacimiento del primer hijo - Nacimiento del último hijo. La llegada de los hijos.

El nacimiento de un hijo crea cambios tanto en la relación de pareja como en toda la familia. Es una transición de estructura diádica a trídica. Implica redefinir la relación en términos sexuales y sentimentales.

Aparecen nuevos roles y funciones: madre, padre (función materna y función paterna); y con ellos los de la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etc.

Las funciones de los padres se diferencian para poder brindarle al niño la atención y cuidados que necesita.

Se formará una vinculación afectiva madre-hijo descifrando las demandas de cuidado y alimentación de este último. Esta unión es normal y necesaria para la buena evolución de toda la familia. Durante este período el padre es un observador que participa activamente desde afuera sosteniendo esta relación y haciendo el nexo entre madre-hijo/mundo exterior. Llegará el momento donde el hombre deberá recuperar a su mujer como pareja y a su hijo en relación a él.

La incorporación de un hijo en la familia provoca inevitablemente mucha tensión en la pareja. Son

Frecuentes los reproches, la depresión, cansancio de ambos padres, dificultad para ponerse de acuerdo en cómo y cuándo hacer las cosas. Es un momento de vuelco hacia la familia extensa. A veces esto es tomado con alegría y en forma positiva y en otras aumenta la tensión o los conflictos.

Durante la etapa preescolar, la dinámica familiar se centra a tolerar y ayudar a la autonomía de los

Hijos, impulsando la socialización y el control del niño. Es el momento indicado para fomentar labores del hogar e identificar roles sexuales y familiares

Problemas frecuentes

- Persistencia de la unión madre-bebé a lo largo del tiempo.
- Intolerancia por parte del padre de ocupar un lugar secundario en esta tríada durante los primeros meses.
- Excesiva participación de la familia extensa en el cuidado del bebé, con la consecuente dificultad de los padres para adaptarse al nuevo escenario.

Crisis del desarrollo. El parto:

Depresión puerperal: la madre necesita que cuiden de ella, pierde seguridad en sí misma, se siente incapaz de cuidar al niño.

Los padres “se sienten abrumados por la responsabilidad y la pérdida de la posición infantil”.

Puede existir un rechazo al bebé motivado por un sentimiento tanto de la madre como del padre de sentirse desplazado. Este rechazo provocará maltrato, exigencia e irritabilidad, etc.

III. Extensión completa. Nacimiento del último hijo - Primer hijo abandona el hogar

Infancia

Esta es una etapa crucial en la evolución de la familia. Es el primer desprendimiento del niño del seno familiar y su apertura al mundo externo. Se unirá a una nueva institución con maestros y compañeros y realizará nuevas actividades fuera del hogar. En cierta medida es la puesta a prueba de todo lo que la familia inculcó en los primeros años al niño (límites, relación con la autoridad). La red social del niño se amplía y se comenzará a relacionar con otros adultos significativos. Estas nuevas experiencias pueden ser transmitidas al niño como algo bueno, donde el crecimiento tiene una connotación positiva o pueden ser vividas como una pérdida o un abandono, dificultando su adaptación. La pareja dispone de más tiempo y existe una consolidación y estabilización laboral, ya que la mujer puede regresar al mundo profesional, si en algún momento se retiró.

Problemas frecuentes

- En algunas familias, los padres se pueden enfrentar a imágenes que no les gustan, haciendo responsable al colegio o los maestros de ellas y/o provocando cambios frecuentes de colegio, que dificulta más la adaptación del niño.
- Otras familias depositan a los niños en la escuela demandándole a ésta funciones que le corresponden a los padres cumplir.

Crisis de la infancia.

Esta se da por dificultad de los padres para tolerar y controlar las conductas de los hijos, así como por el “cansancio” que provoca la crianza. Esto puede estar aunado a otros agentes no superados en etapas anteriores como frustración de la madre, problemas económicos, padre no conciente de su rol, etc. Por su parte, la familia suele sentirse probada por la escuela al evaluar su eficiencia en términos de crianza y socialización.

Adolescencia. (Periodo intermedio del matrimonio).

La adolescencia es una etapa de grandes crisis para la mayoría de los individuos y las familias. Se producen grandes cambios en todos los integrantes del núcleo familiar y en la relación de éstos con el exterior. La familia necesita hacer los ajustes que requiere el comienzo de la pubertad y la madurez sexual.

El adolescente sufre una gran crisis de identidad. Su cuerpo sufre cambios y aparecen los caracteres sexuales secundarios bien definidos. Comienza a ampliar su contacto con el mundo externo y el espacio geográfico en el que se mueve, lugares donde los padres **no son invitados a participar**. Los padres deben ajustarse a las necesidades de independencia del adolescente.

Las relaciones con sus pares, su grupo, pasan a ser primordiales en la vida del adolescente.

El grupo ayuda a elaborar todos los cambios que le van sucediendo y ayuda a separarse de sus padres. Es importante para el adolescente sentir que se puede alejar de su casa sin perder a los padres, lo que intenta confirmar con sus actos de rebeldía.

Por momentos el adolescente se torna un ser de difícil manejo y comprensión por parte de los padres, la familia y la sociedad en general, desarrollan una crisis de identidad. Se debe destacar que en esta etapa los padres a su vez están pasando por la crisis de la edad media, momento en el cual aparece la incertidumbre de ya no ser joven, hay una evaluación de todo lo realizado hasta el momento y enfrenta a los padres nuevamente como pareja.

Para el adolescente es importante **la presencia de los límites firmes** (con posibilidad de renegociarlos de acuerdo al crecimiento), con espacio para que ellos experimenten y se equivoquen, teniendo la oportunidad de recurrir a sus padres si los necesitara. Esto lo hace sentir seguro. La ausencia de límites hace que el adolescente se sienta solo, desamparado y da lugar a que aparezcan conductas de riesgo (violencia, embarazos no deseados, drogas, etc.) con el propósito de captar la atención de sus padres.

Problemas frecuentes:

- Dificultad de los padres para poner los límites adecuados.
- Dificultad para permitir el desprendimiento del adolescente del seno familiar.

Crisis evolutiva de la adolescencia

1. Conflictos de identidad: para los padres es la preparación para la adultez, para el adolescente la aprobación de los pares en el día a día.
2. Genera frustraciones en los padres al no cumplir con las expectativas y sentir que sus sacrificios fueron inútiles.
3. Los padres deben validar la idea de que, en este momento, el adolescente ya no ve como "héroe" a los padres. En el mejor de los casos, se convierten en guías u orientadores, sin embargo, pueden convertirse en enemigos del adolescente, respondiendo este con agresividad y rebeldía.
4. Dificultad de los padres para aceptar como normales y saber corregir las conductas disruptivas del adolescente.
5. Los padres racionalizan la conducta de los hijos atribuyéndola a "madurez".

Es importante destacar que los adolescentes, per se: evitan relacionarse con el resto de la familia, cuidan su independencia e intimidad. Algunos aspectos importantes de sus vidas pasan desapercibido para los padres (ya sea por desconfianza del adolescente o por falta de apoyo y entendimiento de los padres), importante es el caso de la sexualidad. Cuando los padres por algún motivo se les hace patente las situaciones de sus hijos, suelen reaccionar con ira y el joven asume una posición de dependencia y mayor rebeldía; situación que hace casi imposible la convivencia entre ellos.

IV. Etapa de contracción (parcial)

Primer hijo abandona el hogar.

Estas últimas etapas tienen como denominador común la producción de pérdidas, tanto por la salida de los hijos del hogar, como de funciones (jubilación).

Partida de los hijos. Tiene una duración aproximada de 20 a 30 años, dependiendo del número de hijos de la pareja. Cabe destacar, que en las familias con hijo único, esta etapa es vivida en forma más traumática debido al paso brusco de la etapa de extensión al nido vacío. Con la partida de los hijos, los esposos deben aprender a vivir nuevamente en "independencia". Esto requiere cambios de roles y funciones lo que suele producir en muchas oportunidades una situación de crisis, principalmente en las mujeres que han centrado toda su energía en el crecimiento de sus hijos. A partir de este momento los padres deberán reconocer a la nueva familia como diferente y con características propias, aceptando la incorporación de otros en la vida familiar.

Por parte de los hijos, esta nueva etapa está marcada por la capacidad de la familia de origen para desprenderse de sus hijos y de incorporar a nuevos individuos como el cónyuge y la familia política. Los hijos entrarán a la faceta en donde deberán formar su propia familia iniciando su propio ciclo vital.

La relación con los hijos adquiere otra dimensión de adulto a adulto y con el envejecimiento de los progenitores, los hijos jugarán nuevos roles de cuidadores.

Problemas frecuentes. Es común atravesar esta etapa con mucha dificultad. Las parejas que dejan "todo" por la crianza de los hijos pueden acusar a éstos de dejarlos solos, cuando en realidad lo que hay es una dificultad en la para reencontrarse, estar solos o aceptar el paso del tiempo.

Crisis evolutiva de la partida.

- La insatisfacción marital de las madres es un obstáculo para la independencia de los hijos.
- Los hijos temen las consecuencias de su partida en la relación conyugal de sus padres.
- Se suele responsabilizar a la madre cuando los hijos no se pueden marchar.

V. Contracción completa

El último hijo abandona el hogar. (Etapa Del nido vacío)

Esta etapa se inicia con la partida del último hijo del hogar. En esta etapa observamos, paradójicamente, el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase del matrimonio con la incertidumbre y la nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada en esta fase del desarrollo familiar. Los problemas de salud en esta etapa son numerosos, aunque muchas dolencias son producto del proceso de envejecimiento normal.

La edad Madura. La pareja se enfrentará al reencuentro entre ellos (salida de los hijos del hogar y el cese laboral). De las características

de este encuentro dependerá que la pareja continúe unida o no. Así mismo, afrontan cambios no solo en lo individual sino también a nivel familiar.

El fin de la vida laboral puede ser asumido por algunos como el inicio de una nueva etapa, donde tendrán la oportunidad de realizar cosas postergadas durante la juventud, disfrutar de los nietos y seguir generando proyectos, para otros es el fin de su vida activa y el paso hacia una etapa "improductiva".

Dentro de las familias aparecerán nuevos roles: abuelo/a. Este nuevo rol les permite a los padres, ahora abuelos, tener un contacto más libre y placentero con los nietos que lo que tenían con sus propios hijos.

La vejez. Cada uno de los integrantes sufrirá cambios a nivel corporal y/o emocional. Todo esto requiere de un tiempo de procesamiento. En esta etapa del ciclo vital suele haber un revés en cuanto a quién proporciona los cuidados físicos, emocionales e incluso económicos de los padres. Las características de estos nuevos vínculos dependerán de cómo se establecieron las relaciones a lo largo de la historia familiar.

La pareja se enfrenta a múltiples pérdidas: salud, juventud, trabajo, personas. Por otro lado son los abuelos los encargados de transmitir la historia, ritos y costumbres a las nuevas generaciones, ayudando así a establecer su identidad individual y familiar. Esto los pone a ellos en un lugar privilegiado, que hoy en día es descuidado por las familias y la sociedad en general.

Problemas frecuentes.

Enfermedades crónicas degenerativas Imposibilidad para enfrentar los procesos normales del envejecimiento tanto de sí mismos como de sus contemporáneos.
Calificación de la vida que llevaron como poco satisfactoria.

Crisis evolutiva

Dificultad para la adaptación a la nueva situación tanto personal como familiar.
Conflicto ante la muerte.

VI. Disolución.

Muerte del primer cónyuge -Muerte del cónyuge sobreviviente Fallecimiento de los cónyuges. El ciclo vital familiar concluye.

En la muerte del cónyuge, el sobreviviente se enfrenta a la soledad. Pueden acentuarse enfermedades preexistentes o desencadena la aparición de nuevas. La persona adopta una actitud pasiva y expectante.

Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)

Toda situación de cambio percibida como negativa que desencadenan una serie de modificaciones en las personas a fin de adaptarse a la situación. La falta de adaptación o resolución a dicha situación puede

desencadenar numerosos síntomas y signos, como la aparición de enfermedades. A nivel familiar, pueden desestabilizar la homeostasis del grupo familiar y en caso de no contar con estrategias y recursos adecuados para su adaptación, pueden concluir en una disfunción familiar.

El impacto de los AVE sobre la familia va a depender de los distintos factores como son:

- a) El tipo, la intensidad y las características del agente estresante
- b) La calidad y la cantidad de los recursos familiares
- c) El equilibrio u homeostasis de la familia, las creencias y la percepción frente al estresor.

Cuando una situación de estrés es muy intensa (fallecimientos, divorcio) o inesperado (despido laboral, cambio de trabajo de domicilio) y la familia cuenta con poco apoyo social es posible que desencadene una crisis, en cambio el mismo estrés en presencia de óptimos recursos familiares facilitará su adaptación y evolución del sistema.

Clasificación de los acontecimientos vitales estresantes.

Existen numerosas clasificación de los AVE, Heller distingue tres grupos de estresores:

- a) Ambiente físico que incluyen, el hacinamiento, ruidos, cambios extremos de temperatura
- b) Estructura social: relacionados a las condiciones económicas, laborales y sociales.
- c) Situaciones conflictivas: eventos estresantes que tienen origen interpersonal o en la familia, como presencia de enfermedad grave, discapacidad, fallecimiento, violencia conyugal.

Consecuencias de los AVES sobre el individuo y la familia.

Sobre las personas.

Aparición de enfermedades: cardiovasculares (HAS, IAM, EVC); Endócrinas (DM); Gastrointestinales (Síndrome de colon irritable, alteraciones motoras). Padecimientos psiquiátricos: Ansiedad, depresión. También se ha encontrado una relación entre estos eventos y problemas de asma, cefaleas y algunas epilepsias.

Sobre la familia

Cuando los AVE son intensos y no existen recursos familiares, o son insuficientes, pueden desencadenar una crisis familiar. Las crisis familiares generan desequilibrios y el sistema puede alterar su funcionamiento al no mantener las normas de convivencia ni cumplir con las actividades y tareas de los distintos miembros.

Los elementos que definen la crisis familiar son los siguientes: (Revilla y col.)

- Incapacidad de la familia para cumplir los roles y sus tareas habituales en el trabajo, el negocio y la escuela.
- Incapacidad para tomar decisiones y solucionar problemas
- Incapacidad para cuidar de otros en la forma habitual y
- Pensar y preocuparse más por la “supervivencia” personal que de la familia

En algunos problemas psicosociales, se ha comprobado relación causal entre los propios AVE, es decir que un evento estresante conduce a otro y así sucesivamente hasta la resolución ya sea óptima o no. Ejemplo: la muerte de un hijo conduce a problemas conyugales finalizando con el divorcio; por otra parte puede concluir en unión de la pareja y ayuda mutua para enfrentar la situación.

Apoyo social y recursos familiares.

La familia, a lo largo de su ciclo vital, se enfrenta con numerosas situaciones que pueden producir ruptura de su homeostasis, como son las enfermedades graves o crónicas, dificultades económicas, crisis producidas en los cambios de las etapas del desarrollo familiar (formación, extensión, contracción). Ante estas situaciones, el funcionamiento de la familia, puede seguir dos caminos diferentes: o poner en marcha mecanismos de adaptación para lograr nuevamente el equilibrio o la crisis familiar.

Estos mecanismos de adaptación y de apoyo se denominan recursos, y de la cantidad y calidad de ellos dependerá el funcionamiento familiar. La homeostasis familiar depende de dos fuerzas antagónicas: los acontecimientos estresantes que actúan negativamente y el apoyo y los recursos familiares que actúan en forma positiva y compensadora.

Red social, apoyo social y recursos familiares.

La red social es el conjunto de personas, familiares, amigos, vecinos, compañeros, que se relacionan naturalmente con la familia y el individuo, aportándole ayuda y apoyo real y duradero. De acuerdo a la relación de la red con el individuo podemos distinguir:

1. la red de primer orden, donde encontramos las personas que se relacionan directamente con el individuo (familiares, amigos, compañeros etc.).
2. la red de segundo orden, donde se encuentran las personas que no se conocen pero llegan a través de la red primaria.
3. la red extensa las relaciones que unen la red secundaria con la población general.

Apoyo social Son muchos los componentes que integran este proceso. Thoits, lo define como “el grado en que las necesidades sociales básicas, son satisfechas a través de la interacción con otros”. Para Bowling es “un proceso interactivo merced a la cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que está inmerso”. El apoyo social se obtiene a través de la red social. Por otro lado cuando la ayuda se encuentra dentro de la familia se denominan recursos familiares

Recursos familiares es la ayuda o apoyo que ofrece la familia a cualquiera de sus miembros en las situaciones de necesidad. Puede ser de carácter financiero, emocional, de educación e información, manejo médico. Los recursos familiares están incluidos dentro del apoyo social. La familia es un componente más de la red social.

Patologías prevalentes en relación con las etapas del CVF

Etapa I: enfermedades genéticas, problemas sexuales, patología del embarazo, depresión puerperal

Etapa II-A: procesos agudos infantiles, abuso en la infancia, accidentes infantiles, fiebre reumática, retraso escolar.

Etapa II-B: ansiedad, depresión, suicidio, embarazo no deseado, drogas, delincuencia, accidente de circulación.

Etapa III: enfermedades degenerativas, tumores, menopausia, HTA.

Etapa IV: menopausia, depresión, obesidad, tumores, enfermedades degenerativas (próstata, arteriosclerosis, artrosis), diabetes.

Etapa V y VI: continuación de las anteriores, hipotermia, sordera, ceguera, incontinencia urinaria, úlceras, demencia.

Cambio de conducta y adaptación en las etapas del CVF

Etapa I: Necesidad de independencia – necesidad de mantener al otro. Inferencia de expectativas creadas por la familia de origen, ajuste marital.

Etapa II-A: Ampliación familiar, nuevos papeles. Paso de protección física del niño a desarrollo de autonomía, establecimientos de límites. “Dejar ir”, compartir el niño con otros, expansión familiar.

Etapa II-B: “Lucha contra el control”, dependencia-independencia, autonomía-responsabilidad. Reproducción de las pautas de la familia de origen.

Etapa III: Contracción familiar, menor influencia sobre los hijos, “dejarse ir”

Etapa IV y V: Reencuentro, necesidad de nuevas ocupaciones para la mujer, esfuerzo para llenar el “nido vacío”

Etapa VI: Problema de ocio y jubilación.

Niveles de atención Familiar

Considerando el proceso salud-enfermedad del individuo es necesario considerar además el núcleo social y por ende familiar en el cual se desenvuelve ya que muchos por no decir todos los eventos presentados tiene interrelación con ellos y es preciso por ello conocerlos, identificarlos y tener conductas terapéuticas al respecto.

Siendo el enfoque biopsicosocial considerado dentro de la practica de la medicina familiar, existen a su vez varios niveles en el enfoque familiar del mismo en el cual se desenvuelve o desarrolla el medico de familia, precisando para ello tener conocimientos de aspectos estructurales y funcionales de la familia y la capacidad de manejar instrumentos que permitan acercarse al sistema familiar.

Por lo cual dependiendo del uso de ellos se comprobaron que existen niveles de la atención de acuerdo al grado de participación que el medico da a las familias

Para conocer el grado de implicación del clínico en la atención familiar Doherty y Baird propusieron cinco niveles de desarrollo y participación en la asistencia familiar, que pueden ser utilizados para evaluar el gra-

do en que se adopta un enfoque familiar en la práctica.

Siguiendo esta propuesta hemos elaborado un sistema de valores que puede servir para medir el nivel que alcanzan los médicos en la atención familiar

Nivel uno. Desconoce el papel de la familia en el proceso salud-enfermedad individual. El médico, en este nivel, realiza una atención individualizada, sin preocuparse de la familia a la que sólo recurre en los casos en los que por la índole del proceso, la gravedad, el contagio, etc., necesita conversar con los familiares del enfermo.

Nivel dos. Recibe y aporta información y da consejos médicos a la familia. Este nivel se alcanza cuando el médico comprende la importancia que tiene la familia en la asistencia sanitaria del individuo, por lo que se ve obligado a comunicarse con ella, con el fin de obtener y compartir información. Sería el caso de pacientes con mala adherencia al tratamiento o de sujetos con patologías crónicas o minusvalía que necesitan apoyo familiar.

Nivel tres. Aprende a usar instrumentos para abordar familias. Este nivel implica un conocimiento sistémico de la familia para relacionar los problemas del paciente identificado con la interacción familiar. Capacitación para construir e interpretar genogramas, utilizar instrumentos para conocer la estructura familiar, y saber las modificaciones conductuales y de roles que se producen en cada etapa del ciclo vital familiar. Conocer la trascendencia de los acontecimientos vitales importantes, es decir, como factores desencadenantes de crisis familiares, así como su forma de reaccionar ante una situación de tensión. Además, el médico debe conocer cuál es su rol dentro de la familia y cómo su presencia es capaz de variar el ecosistema familiar.

Nivel cuatro. Se capacita para dar respuesta a problemas familiares y para realizar hipótesis sistémicas. Se alcanzará este nivel cuando el médico esté capacitado para detectar problemas psicosociales y situaciones de disfunción familiar. En este nivel, el médico evalúa los resultados del genograma y otras técnicas de aproximación a la familia, está en condiciones de formular hipótesis sistémicas y de decidir intervenciones de cambio o asesoramiento familiar.

Nivel cinco. Está en condiciones de realizar intervenciones familiares. Cuando se llega a este nivel, el médico es capaz de usar las técnicas de la entrevista familiar, está capacitado para organizar los apoyos y redes sociales necesarias y está en condiciones de poner en marcha directivas con el fin de conseguir un cambio importante en el sistema familiar.

Bibliografía.

1. Fernández Rojero C. Ciclo Vital y sistema familiar. Medifam. Madrid, 1991; 2: 94-8.
Mc Goldrick M, Carter EA. The family life cycle. In: Walsh F (ed). Normal Family Processes. New York:Guilford Press, 1982.

2. Loayssa Lara. Dinámica Familiar. Una familia en formación con muchas dificultades. Medifam. Vol. 11 No. 7. Madrid. Julio, 2001. pp 399-404.
3. Susan H. Mc Daniel Tomas L. Campbell. Orientación Familiar en Atención primaria. Springer-Verlag Ibérica Barce- lona 1998.
4. Marisa Didoni, Humberto Jure, Beatriz Ciuffolini. PAMI. INSSJP. La familia como unidad de atención. Pp 12-22
5. Walsh F, MCGoldrick M. Amorrtu Editores La pérdida y el ciclo vital familiar. Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: 1991; pp. 429-63.
6. Roberts L. The Family Life Cycle in Medical Practice. En: Crouch MA, Roberts L. The Family in Medical Practice. A Family Systems Primer. New York: Springer - Verlag, 1986; 74-96.
7. Marcelo Rodríguez Ceberio Viejas y nuevas familias. La transición hacia nuevas estructuras familiares. INTERPSIQUIS. 2006; (2006).
8. Bailon Muñoz E. La pareja que espera (Atención Familiar y Embarazo). En: De la Revilla L. Manual de Atención Familiar. Granada: Fundación para el estudio de la familia, 1999, 607-32.
9. De los Rios A. El Nido sin usar. En: De la Revilla L. Manual de Atención Familiar. Granada: Fundación para el estudio de la Familia, 1999; 583-605.
10. De la Fuente, Ramón. Psicología Médica. FCE México 1999
11. Ericsson, E. 1982. El ciclo vital completado. Paidós, México
12. Piaget's theory. [La teoría de Piaget. Monografías de Infancia y Aprendizaje, 2, 1981].

Evaluación del estrés en Medicina Familiar

Dr. Federico Vera

Introducción

El estrés es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso.

El estrés es la reacción de su cuerpo a un desafío o demanda. En pequeños episodios el estrés puede ser positivo, como cuando le ayuda a evitar el peligro o cumplir con una fecha límite. Pero cuando el estrés dura mucho tiempo, puede dañar su salud.

También puede definirse el estrés como el cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal, el cual suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

Constituye un importante factor de riesgo, tanto para la salud física como para la mental. Muchas enfermedades crónicas, problemas psicosomáticos y de salud mental (como la depresión, ansiedad, hipertensión, infartos, etc.) están relacionados en muchos casos directamente con el estrés.

Es importante resaltar que existe el estrés positivo, que es aquel que nos prepara y nos ayuda a enfrentar la tarea con todos nuestros recursos disponibles. Pero cuando esa emoción nos bloquea y nos agota, además de tener consecuencias mentales y físicas, no nos ayuda a enfrentar la tarea ni a resolver las situaciones a las que nos enfrentamos.

Concepto

El uso del término estrés se ha popularizado sin que la mayoría de las personas tengan claro en que consiste el mismo.

Etimológicamente hablando, la palabra estrés deriva del latín *stringere*, que significa provocar tensión. Esta palabra es natural de los campos de la ingeniería, se usa por primera vez como tal, hacia el siglo XVI, pero no es hasta la formulación de Hans Selye del Síndrome General de Adaptación cuando se generaliza en el ámbito humano hacia el año 1949. Selye, quien es considerado como el padre del estrés, definió este como la acomodación de una persona a situaciones nuevas con una respuesta inespecífica y estereotipada a todos los estímulos que trastornan su equilibrio.

Definición

Conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante determinados estímulos repetidos

Epidemiología

La epidemiología de los trastornos relacionados con el estrés es muy variable. Su prevalencia a lo largo de la vida en las diferentes latitudes oscila entre 1% y 12,3%.

Los estudios mundiales reflejan una posibilidad de estar expuesto al trauma en hombres de aproximadamente 61%, mientras en las mujeres 51%.

Causas del estrés

Externas: Cambios inesperados
Problemas familiares y económicos
Exceso de trabajo
Incomodidad con el ambiente

Internas: Traumas, Negativismo
Baja autoestima
Problemas psicológicos
Ser perfeccionista
Mala alimentación
Dormir poco

Tipos de estrés

Los **tipos de estrés** se pueden clasificar en función de su signo (positivo o negativo) y en función de su duración (agudo, episódico o crónico).

Estrés positivo

Al contrario de lo que solemos pensar, el estrés no siempre es negativo o nocivo para la persona. Este tipo es el que aparece cuando la persona se siente presionada, pero interpreta que las consecuencias de la situación pueden ser positivas.

Esto le permite utilizar el estrés para estar más motivado y preparado para afrontar la situación. Es el caso, por ejemplo, de una competición deportiva. Este tipo de estrés está asociado con emociones positivas, como la alegría, la satisfacción o la motivación.

Estrés negativo

Es el que está relacionado con la anticipación de las posibles consecuencias negativas. Lejos de servir de ayuda o motivador como el caso anterior, nos paraliza y nos impide realizar la tarea de forma satisfactoria.

Nos desestabiliza y bloquea los recursos de los que disponemos para afrontar la situación y que utilizaríamos en circunstancias normales. El distrés está asociado a emociones negativas, como la tristeza, el enfado y en algunos casos la ansiedad.

Estrés agudo

El estrés agudo es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. El estrés agudo es emocionante y fascinante en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado resulta agotador. Una bajada rápida por una pendiente de esquí difícil, por ejemplo, es estimulante temprano por la mañana. La misma bajada al final del día resulta agotadora y desgastante. Esquiar más allá de sus límites puede derivar en caídas y fracturas de huesos. Del mismo modo, exagerar con el estrés a corto plazo puede derivar en agonía psicológica, dolores de cabeza tensionales, malestar estomacal y otros síntomas. Afortunadamente, la mayoría de las personas reconocen los síntomas de estrés agudo.

Dado que es a corto plazo, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para causar los daños importantes asociados con el estrés a largo plazo. Los síntomas más comunes son:

- Agonía emocional: una combinación de enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés.
- Problemas musculares que incluyen dolores de cabeza tensos, dolor de espalda, dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que derivan en desgarro muscular y problemas en tendones y ligamentos;
- Problemas estomacales e intestinales como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome de intestino irritable;
- Sobreexcitación pasajera que deriva en elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas de las manos, palpitaciones, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.

El estrés agudo puede presentarse en la vida de cualquiera, y es muy tratable y manejable.

Estrés agudo episódico

Por otra parte, están aquellas personas que tienen estrés agudo con frecuencia, cuyas vidas son tan desordenadas que son estudios de caos y crisis. Siempre están apuradas, pero siempre llegan tarde. Si algo puede salir mal, les sale mal. Asumen muchas responsabilidades, tienen demasiadas cosas entre manos y no pueden organizar la cantidad de exigencias autoimpuestas ni las presiones que reclaman su atención. Parecen estar perpetuamente en las garras del estrés agudo. Es común que las personas con reacciones de estrés agudo estén demasiado agitadas, tengan mal carácter, sean irritables, ansiosas y estén tensas. Suelen describirse como personas con “muchísima energía nerviosa”. Siempre apuradas, tienden a ser cortantes y a veces su irritabilidad se transmite como hostilidad. Las relaciones interpersonales se deterioran con rapidez cuando otros responden con hostilidad real. El trabajo se vuelve un lugar muy estresante para ellas..

Los síntomas del estrés agudo episódico son los síntomas de una sobreagitación prolongada: dolores de cabeza tensos y persistentes, migrañas, hipertensión, dolor en el pecho y enfermedad cardíaca. Tratar el estrés agudo episódico requiere la intervención en varios niveles, que por lo general requiere ayuda profesional, la cual puede tomar

varios meses.

Estas personas pueden ser sumamente resistentes al cambio. Sólo la promesa de alivio del dolor y malestar de sus síntomas puede mantenerlas en tratamiento y encaminadas en su programa de recuperación.

Estrés crónico

Este es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año.

El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones.

El peor aspecto del estrés crónico es que las personas se acostumbran a él, se olvidan que está allí. Las personas toman conciencia de inmediato del estrés agudo porque es nuevo; ignoran al estrés crónico porque es algo viejo, familiar y a veces hasta casi resulta cómodo.

Como medimos o evaluamos el estres

Para realizar una medición de estrés, tenemos varios instrumentos y cuestionarios. Estos nos ayudan a realizar un trabajo más ágil.

A los cuestionarios, inventarios y escalas se los ha denominado popular e incorrectamente pruebas objetivas, intentando atribuirles una objetividad que no les corresponde. Realmente, son pruebas subjetivas. El sujeto responde de forma subjetiva a una serie de ítems que conciernen a los diferentes factores de estrés, y lo hace en base a lo que cree o percibe de sí mismo.

Algunos de estos cuestionarios o escalas son:

- Índice de Reactividad al Estrés de Rivera
- Inventario "Burnout" de Maslach y Jackson
- Cuestionario PSQ de Levenstein et al.
- Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC (Broadhead et al, 1988, Adaptación española de De la Revilla et al., 1991)
- Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967)
- Cuestionario de Estrés Diario -CED- (Santed, M.A., Sandín, B y Chorot, P, 1996)

Solamente veremos dos de ellos.

a) Escala de Holmes y Rahe

En 1967 Thomas Holmes y Richard Rahe realizaron un estudio consistente en el análisis de registros médicos de más de 5.000 personas. Gracias a este estudio, elaboraron lo que se conoce como "Escala de estrés Holmes-Rahe", una lista de 43 acontecimientos vitales a los que se otorga una puntuación en función de lo estresantes que son para la persona que los experimenta. Estos no son sólo sucesos negativos, sino que su puntuación está basada en diversos factores como la incertidumbre que generan, el cambio que suponen para el individuo o que puedan sobrepasar los recursos de los que dispone.

Para aplicarla, se seleccionan de la lista los acontecimientos experimentados en el último año, y se suman sus puntuaciones. Si el número resultante se halla por debajo de 150 sólo hay un pequeño riesgo de enfermar a causa del estrés, entre 151 y 299 el riesgo es moderado, mientras que por encima de 300 puntos, se está en riesgo importante.

Esta es la versión de Holmes y Rahe para adultos

Puntaje	Hecho
100	Muerte del cónyuge
70	Separación matrimonial
70	Muerte de un ser querido familiar
60	Pérdida del trabajo
50	Padecer una enfermedad seria
50	Quiebra en el estado financiero
45	Haber padecido un asalto
45	Descenso en el rol o status laboral
45	Problemas sexuales (impotencia, trastornos eyaculatorios, anorgasmia, fobias, crisis de identidad sexual)
45	Ser abandonado por la pareja
40	Jubilación
40	Problemas judiciales
40	Menopausia
40	Deudas
40	Enfermedades en un familiar
40	Trabajar en horarios nocturnos o rotatorios
30	Reconciliación marital
30	Embarazo (para ambos)
30	Nacimiento
30	Inseguridad en el barrio donde vive o trabaja
30	Cambio en estado financiero
30	Fuertes discusiones familiares (con hijos o familiares políticos)
30	Conflictos conyugales crónicos
25	Trastornos del sueño
25	Cambios en las tareas laborales habituales
25	Muerte de un amigo o amante
25	Abandono del hogar por un hijo
25	Gran logro personal
25	Vivir en medio urbano
25	Trabajar más de 12 horas diarias
20	Cónyuge termina o comienza un trabajo
20	Problemas con el jefe
20	Haber abandonado prácticas deportivas
20	Viajes prolongados (más aún si son lugares muy alejados)
20	Mudanzas
20	Conducir un auto en ciudad por más de 3 horas
20	Cambios en los hábitos (dieta, dejar de fumar)
15	Cambio de carrera o de colegio
10	Vacaciones

10	Fiestas de fin de año
----	-----------------------

Asimismo, para adaptar esa escala en personas jóvenes, se realizaron ciertas modificaciones quedando de la siguiente manera:

ESCALA DE ESTRES PARA JOVENES Y/O ADOLESCENTES

1. MUERTE DE LA PAREJA, PADRE O NOVIO(A)	100
2. DIVORCIO (propio o de los padres)	65
3. PUBERTAD	65
4. EMBARAZO (o causar embarazo)	65
5. SEPARACION MARITAL O TERMINACION DE NOVIAZGO	60
6. PRISION	60
7. MUERTE DE ALGUN MIEMBRO FAMILIA (que no sea esposo(a), padre o novio(a).)	60
8. RUPTURA DE COMPROMISO MARITAL	55
9. COMPROMISO DE MATRIMONIO	50
10. GRAVE HERIDA O ENFERMEDAD PERSONAL	45
11. MATRIMONIO	45
12. ENTRAR A UNIVERSIDAD O SIGUIENTE NIVEL ESCOLA (de secundaria a preparatoria etc..)	45
13. CAMBIO DE INDEPENDENCIA O RESPONSABILIDAD	45
14. USO DE DROGAS O ALCOHOL	45
15. PERDER TRABAJO O SER EXPULSADO DE LA ESCUELA	45
16. CAMBIO EN EL USO DE DROGAS O ALCOHOL	45
17. RECONCILIACION CON LA PAREJA, FAMILIA O NOVIO(A)	40
18. PROBLEMA EN LA ESCUELA	40
19. PROBLEMA SERIO DE SALUD PERSONAL O DE ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA	40
20. TRABAJAR Y ESTUDIAR AL MISMO TIEMPO	35
21. TRABAJAR MAS DE 40 HORAS A LA SEMANA	35
22. CAMBIO DE CARRERA	35
23. CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE SALIDAS SOCIALES CON MIEMBROS DEL SEXO CONTRARIO	35
24. PROBLEMAS DE AJUSTE SEXUAL (confusión en la identidad sexual)	35
25. NUEVO MIEMBRO DE LA FAMILIA (nace un hermano(a) o algún padre vuelve a casarse)	35
26. CAMBIO EN LAS RESPONSABILIDADES DEL TRABAJO	35
27. CAMBIO EN EL ESTADO FINANCIERO	30
28. MUERTE DE UN AMIGO CERCANO (no miembro de la familia)	30
29. CAMBIO DEL TIPO DE TRABAJO	30
30. CAMBIO EN EL NUMERO DE DISCUSIONES CON LA PAREJA, PADRES O AMIGOS	30
31. DORMIR MENOS DE 8 HORAS AL DIA	25
32. PROBLEMAS CON LA FAMILIA POLITICA O FAMILIA DE LA NOVIA(O)	25
33. LOGRO SOBRESALIENTE PERSONAL (premios etc..)	25
34. LA PAREJA O PADRES COMIENZAN O DEJAN DE TRABAJAR	20
35. COMIENZO O FIN DE ESCUELA	20
36. CAMBIOS EN CONDICIONES DE VIDA (visitas, remodelación, etc..)	20
37. CAMBIOS EN HABITOS PERSONALES (empezar o dejar una dieta, fumar etc..)	20

38. ALERGIAS CRONICAS	20
39. PROBLEMAS CON EL JEFE	20
40. CAMBIO DE HORAS DE TRABAJO	15
41. CAMBIO DE RESIDENCIA	15
42. CAMBIO A UNA NUEVA ESCUELA (no por graduación)	10
43. PERIODO PREMENSTRUAL	15
44. CAMBIO DE ACTIVIDAD RELIGIOSA	15
45. DEUDA PERSONAL O DE LA FAMILIA	10
46. CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE REUNIONES FAMILIARES	10
47. VACACIONES	10
48. VACACIONES DE NAVIDAD	10
49. VIOLACION MENOR DE LA LEY	5

b) Maslach Burnout Inventory

Este cuestionario tiene como objetivo determinar si la persona está con lo que llamamos el Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout se puede definir como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en especial en los profesionales de organizaciones de servicios. Fenómeno que puede entenderse como la etapa final del curso crónico de un episodio de estrés laboral, su presencia tendría efectos negativos para el individuo, a diferencia del estrés laboral, que tendría efectos positivos y negativos. En este sentido, definen los síntomas como: (1) *Agotamiento emocional*: situación en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo. Situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios. (2) *Despersonalización*: como el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo; y, (3) *Baja realización personal en el trabajo*: como la tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial en relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden.

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1. **AE** Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.

2. **AE** Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
 3. **AE** Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
 4. **RP** Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
 5. **D** Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.
 6. **AE** Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
 7. **RP** Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
 8. **AE** Siento que mi trabajo me está desgastando.
 9. **RP** Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
 10. **D** Siento que me he hecho más duro con la gente.
 11. **D** Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
 12. **RP** Me siento muy enérgico en mi trabajo.
 13. **AE** Me siento frustrado por el trabajo.
 14. **AE** Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
 15. **D** Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
 16. **AE** Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
 17. **RP** Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
 18. **RP** Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
 19. **RP** Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
 20. **AE** Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
 21. **RP** Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
 22. **D** Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.
- AE:** Agotamiento Emocional; **D:** Despersonalización; **RP:** Realización Personal.

Aspecto evaluado - Respuesta a Sumar:

- Agotamiento Emocional 1,2,3,6,8,13,14,16,20
- Despersonalización 5,10,11,15,22
- Realización Personal 4,7,9,12,17,18,19,21

Las claves para la interpretación de este cuestionario son:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome.

Bibliografía

- <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003211.htm>
- Los Síndromes de Estrés. Ed. Síntesis, Madrid, 2010 <http://www.psicologiasaludable.es/media/images/articulos/articulopsicometria-delestres.pdf>
- MBI(INVENTARIO DE **BURNOUT** DE **MASLACH**).www.cemic.edu.ar/des_cargas/mbi.doc
- M.R. Abuin: Psicometría del Estrés. En: JLG de Rivera, Los Síndromes de Estrés. Ed. Síntesis, Madrid, 2010
- Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI)

CAPÍTULO XVI

Cuidados Espirituales en Medicina Familiar

Dr. Sebastián Fuentes Hülse

Médico Familiar - Magíster de Salud Pública, Abril 2018

Introducción

La salud espiritual ha sido un foco de creciente interés en las últimas décadas, produciéndose una verdadera explosión de investigación y publicación de literatura científica en torno a este tema. Si bien la espiritualidad ha estado siempre presente desde los mismos inicios de la medicina, antiguamente como chamanismo y luego como vocación de servicio y acompañamiento en el sufrimiento, resulta gravitante comprender la importancia que adquiere en la actualidad, en que contamos con fundamentos tanto científico-empíricos como filosófico-éticos. Este sustento se acompaña de modelos y técnicas para explorar y facilitar los recursos de carácter espiritual en las personas.

En este capítulo explicaremos cuidadosamente la postura epistemológica que asume la medicina familiar frente a la espiritualidad, mencionaremos algo de evidencia al respecto, se explicará la diferencia entre la espiritualidad y la religión, presentaremos varios modelos que integran lo espiritual con lo biopsicosocial, profundizaremos en las prácticas clínicas para los cuidados espirituales y culminaremos con un conjunto de recomendaciones clave basadas en la experiencia clínica y de docencia que hemos acumulado. No abordaremos los aspectos familiares, comunitarios y de gestión, propios de la medicina familiar, ámbitos que también son propicios para la consideración de la dimensión espiritual de la salud.

Existe evidencia sobre la relación entre espiritualidad/religiosidad (E/R) y medicina, una revisión sistemática de Koenig¹ encontró significancia en muchas áreas, mencionamos las principales: depresión mayor, suicidio, ansiedad, trastornos psicóticos, trastorno de personalidad, trastorno bipolar, abuso de sustancias, problemas sociales, delincuencia, inestabilidad conyugal, emociones positivas, autoestima, bienestar, felicidad, esperanza, optimismo, sentido y propósito, tabaquismo, ejercicio, dieta, peso, conductas sexuales, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer/demencia, función inmune, función endocrina, cáncer, funcionamiento físico, autopercepción de salud, dolor y síntomas somáticos, mortalidad general. El mismo autor, junto a Pargament,² afirman que la E/R también puede generar repercusiones negativas en salud, específicamente asociado a culpa excesiva, rigidez, retraso en la consulta profesional y creencias y prácticas asociadas a violencia, machismo y exclusión de terceros. Por lo anterior, la E/R pareciera ser un factor que, al igual que la familia,

determina la salud como la enfermedad, y requiere ser considerado en el encuadre de salud.

También se cuenta con publicaciones que han relevado el tema a nivel de salud pública,³ psiquiatría,⁴ y geriatría,⁵ sin mencionar la medicina familiar, desde la cual se ha generado modelos teóricos y prácticos para proporcionar los cuidados espirituales en salud. Además se ha avanzado notablemente en la definición de perfiles de competencias profesionales para orientar mejor la formación del recurso humano, tanto a nivel general⁶ como en medicina familiar.⁷

El enfoque filosófico que se tiende a asumir en la literatura mundial actualmente no es religioso ni metafísico de entrada, sino uno centrado en la persona, es decir, humanista. Es la persona y su familia quienes ponen de relieve la cosmovisión y prácticas culturalmente pertinentes, son quienes deciden. Esto desafía al equipo de salud a asumir una perspectiva pluralista, dejando entre paréntesis las creencias propias, y a comprometerse con sus necesidades para una ética del cuidado.⁸ Desde esta plataforma epistemológica humanista centrada en la persona y su comunidad, que recalca las diferencias válidas entre sujetos y culturas, se plantea una invitación-apertura a una comprensión transpersonal y transcultural de la espiritualidad. El componente “trans” nos lleva a mirar la espiritualidad como experiencia que apunta hacia un fenómeno único, profundo, misterioso, esencial y transversal que es compartido más allá de las interpretaciones culturales, es decir, trascendente. Sin esta característica vivencial o fenomenológica, la espiritualidad permanece en el territorio racional de la creencia y la construcción social. Esta cualidad experiencial, afirmada por todas las grandes tradiciones espirituales de la humanidad, recogida por la filosofía perenne, actualizada hoy por la visión humanista-transpersonal, y sustentada por una emergente epistemología integral,^{9,10,11} es una invitación a un abrazo amoroso e integrador, más allá de las diferencias.

La interacción, entonces, entre cultura y espiritualidad es unidad en la diversidad

Lo anterior parece simple a nivel teórico, pero no lo es a nivel práctico-clínico, especialmente cuando la persona que tenemos delante nos presenta una cosmovisión y creencias alejadas o contrarias a las nuestras. Esto no se circunscribe a lo clínico, es igualmente relevante en las relaciones al interior de los equipos de trabajo u otros contextos sociales. Es en ese importante momento en que nuestra propia subjetividad -emociones, valores, creencias, ideologías, cosmovisión- es puesta a prueba. ¿Incorporo en mi visión el mundo del otro? ¿Le acepto genuinamente? ¿Soy capaz de mantener una actitud de calidez y profesionalismo a pesar de esta diferencia cultural-valórica? La incorporación de la espiritualidad en salud significa un desafío especialmente importante pues implica dar un paso más allá en la profundización de la subjetividad en nosotros mismos.

La espiritualidad comienza y culmina más cerca de lo que creemos: aquí adentro, y ahora

Este desafío a la persona-profesional de la salud puede ser afrontado con una actitud tendiente a: 1) trabajar por una saludable relación de

autocuidado con la propia espiritualidad, en el sentido de ser conscientes de nuestra biografía, creencias y cultura, como una forma de abrir la mente, reducir los sesgos, integrar las sombras y fortalecer nuestra conexión y afectividad con quienes cuidamos. “El deseo de cambiar el mundo es algo muy bueno, pero si primero no trabajáis con vosotros mismos, trabajaréis con vuestras propias paranoias, arrogancias, agresividad y prejuicios, y sólo conseguiréis pelearos con aquello que queréis cambiar,”¹² nos dice Ray. Esto facilita 2) una actitud positiva y amorosa, centrada en los recursos, capacidades y potenciales salutogénicos¹³ presentes en los seres humanos; y 3) compasiva al abordar el dolor y el error, inherentes a la existencia que nos supera en complejidad, fomentando las redes de vínculos afectivos; que nos lleva a 4) trabajar por una aproximación trans-disciplinaria frente al fenómeno complejo de la salud y la espiritualidad, es decir, mantener un diálogo respetuoso y humilde con otras disciplinas profesionales y no profesionales que ostentan un saber de carácter espiritual.

¿Qué es la espiritualidad, y en qué se diferencia de la religión? Un consenso en medicina paliativa liderado por Puchalski¹⁴ propuso que:

“La espiritualidad es aquel aspecto de la humanidad referida a la manera en que los individuos buscan y expresan el sentido y el propósito y la forma en que ellos experimentan conexión con el momento, el yo, los otros, la naturaleza y el significado o lo sagrado”

Esta definición incluye dos aspectos, uno cognitivo o simbólico y otro afectivo o experiencial. Todos respondemos a la pregunta del sentido con diferentes respuestas y contenidos, pero la búsqueda del sentido, como tal, es universal. Todos experimentamos conexión con algo o alguien, de muy diversas maneras y nombres, pero la conexión, como tal, es universal. La espiritualidad “...incluye sentimientos de esperanza, fortaleza, amor, paz interior, bienestar y apoyo, y se refleja en los recursos personales internos.”¹⁵

Estas palabras clave son de vital importancia pues nos permiten hablar de espiritualidad en diversos marcos religiosos y culturales, sin recurrir a términos válidos sólo para un credo o filosofía.

Para Anandarajah¹⁵, el sentido o significado se puede buscar no sólo en la religión, como se piensa más comúnmente, sino también en la música, el

Palabras clave para hablar de espiritualidad con pacientes



arte, la naturaleza o incluso los valores y principios personales, o el cuestionamiento de la verdad científica. Por lo tanto, la espiritualidad difiere de la fe o de la religión. Para Koenig¹, la religión es un sistema organizado de creencias, prácticas y simbolismo que catalizan la

aproximación de la persona con el sagrado. Es un facilitador, pues las preguntas vienen de la espiritualidad, las respuestas, de la religión. La espiritualidad, entonces, es una dimensión profunda que subyace -o trasciende- a diversas formas de religión, cosmovisión, ideología, creencias y formas de expresión cultural, con las cuales se relaciona para ser comunicada y representada simbólicamente.

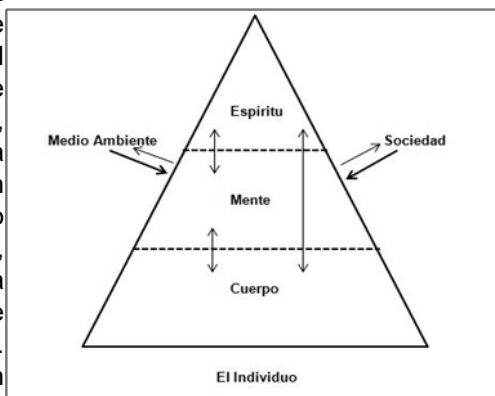
En el ámbito clínico, más importante que una definición de espiritualidad o religión es lo que esto significa para cada persona, familia y comunidad, pues desde allí se realiza el trabajo en salud¹⁶

¿Qué se entiende por Cuidados Espirituales en Salud? Han sido definidos como: “El reconocer y responder a las expresiones multifacéticas de la espiritualidad que encontramos en [nosotros,] los pacientes y familias.”¹⁷ Desde aquí se comprende que trabajar con la espiritualidad en el ámbito de la salud no implica necesariamente un diagnóstico, objetivación y/o intervención, sino que muchas veces consiste sólo en estar y acompañar: una “presencia sanadora”, diría McWhinney.¹⁸ No se trata tanto de resolutividad como de presencialidad, integrando no sólo al paciente sino también a mí mismo (razón por la que hemos incluido el “nosotros” entre paréntesis en la definición).

Modelos Teóricos de Integralidad Biopsicosocial-Espiritual

En los últimos años se habla de un enfoque biopsicosocial-espiritual en salud, particularmente en medicina paliativa¹⁴, geriatría⁵ y medicina familiar¹⁹. A continuación se presenta el modelo de Gowri Anandarajah, médico de familia de la Brown University en Rhode Island, Estados Unidos. Ella incorpora la dimensión espiritual en el Modelo

Modelo BMSEST a Nivel Individual



BMSEST (Body, Mind, Spirit, Environmental, Social, Transcendent), en donde lo espiritual interactúa con lo bio-psico-social, lo ecológico y lo trascendente. A nivel individual construye un triángulo muy cerca de lo que Maslow¹⁹ planteó en su conocida teoría del desarrollo de necesidades humanas.

La misma autora clarifica las maneras en que la espiritualidad se expresa en el ser humano, a través de su Modelo 3H: Head, Heart y Hands.²⁰

Head: Cabeza. Lo cognitivo o filosófico sería la búsqueda de significado, propósito y verdad en la vida, junto con las creencias y valores con las que el individuo vive.

Modelo 3H: Head, Heart, Hands

COGNITIVO (CABEZA)	EXPERIENCIAL (CORAZÓN)	CONDUCTUAL (MANOS)
Creencias	Amor	Deberes
Valores	Compasión, altruismo,	Comportamiento diario
Ideales	Perdón	Obligaciones morales
Significado	Conexión, relación con:	Elecciones
Propósito	Uno mismo	Elecciones de vida
Verdad	Otros, comunidad	Elecciones médicas
Sabiduría	Ambiente, naturaleza	Prácticas específicas:
Fe (creencia)	Lo Trascendente	Meditación, oración, yoga,
	Energía interna	caminatas naturales, cantar,
	Fortaleza, resiliencia	dietas, etc.
	Paz interior, bienestar, apoyo	
	Esperanza	
	Fe (Confianza)	
	Trascendencia	

Heart: Corazón. Lo experiencial y emocional implicaría sentimientos de esperanza, amor, paz interior, conexión, bienestar y apoyo.

Hands: Manos. Lo conductual implicaría aquellas manifestaciones exteriores de las creencias y necesidades de la persona, implicaría decisiones de vida, conductas interpersonales, rituales y prácticas.

Ejemplo: Una madre que ha perdido recientemente a un hijo puede preguntarse si se trata de un castigo divino por alguna falta en una vida pasada, y experimentar sufrimiento en el ámbito cognitivo. Un paciente con cáncer en etapa avanzada que percibe al equipo de salud y/o la familia alejarse de él puede experimentar sufrimiento en el ámbito afectivo. Un inmigrante reciente sin contacto con su familia y/o comunidad religiosa puede verse impedido de realizar rituales religiosos que lo sostienen, experimentando sufrimiento en el ámbito conductual. Estas 3 dimensiones están estrechamente relacionadas, de modo que el sufrimiento puede ocurrir en las 3 esferas simultáneamente. La madre batallando con los significados (cabeza), puede sentirse desconectada de Dios (corazón) y verse incapaz de orar por su hijo (manos).

MODELO BMSEST MULTICULTURAL20

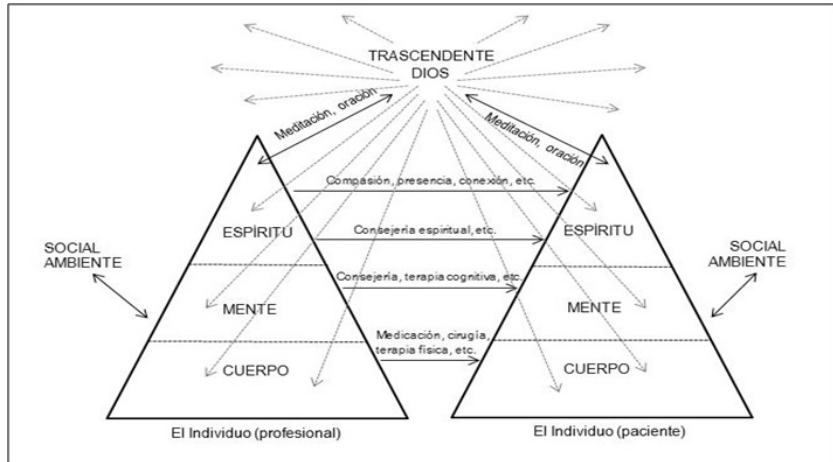
La autora construye tres mapas de interacción entre profesional y paciente, cada uno de los cuales representa tres visiones distintas

BMSEST Versión Secular

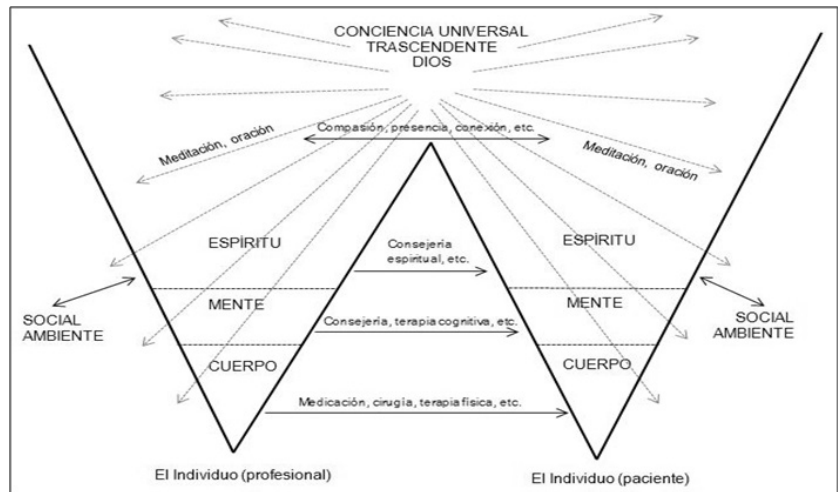


de la espiritualidad y la religión: secular, occidental y oriental. Sin importar el marco de referencia cultural o religioso, las interacciones e intervenciones son las mismas, lo cual nos proporciona, una vez más, un lenguaje común y estratégico para utilizar en la clínica médica.

Modelo BMSEST Versión Occidental



BMSEST Versión Oriental



Tipos de Cuidados Espirituales en Salud

Pueden comprenderse tres niveles de intervención en salud espiritual: autocuidado espiritual, cuidados espirituales básicos y cuidados espirituales avanzados.¹⁵ De éstos, se espera que sólo los primeros dos sean desplegados por los profesionales y funcionarios del equipo de salud, mientras que los cuidados avanzados deben ser entregados por personal específicamente entrenado, como capellanes, terapeutas o agentes comunitarios, sin perjuicio de que, con la debida formación, este rol pueda ser cumplido por un miembro del equipo de salud.

Autocuidado Espiritual: Así como el autocuidado del cuerpo y la mente implica actividades saludables como dietas, ejercicios, estudio y apoyo social, el autocuidado espiritual implica el autoconocimiento y reflexión respecto de las propias creencias y valores, o métodos para obtener paz y tranquilidad como la meditación, la oración, yoga, el acercamiento a la iglesia o un paseo en la naturaleza, etc. De vital importancia es la capacidad de estar presente física, emocional y mentalmente, lo cual es posible de entrenar a través de técnicas como mindfulness²¹, por ejemplo.

Tipos de Cuidados Espirituales en Salud



Cuidados Espirituales Básicos: El contexto de atención de salud puede llegar a ser bastante impersonal, empujando a los pacientes a sentirse vulnerables y desconectados de las fuentes habituales de recursos espirituales. Este tipo de sufrimiento puede ser fácilmente invisibilizado debido a que no hay una queja espiritual o religiosa específica. La atención de ese aspecto puede ser muy simple y a la vez muy difícil. Se requiere que el profesional incorpore su verdadera humanidad en el encuentro clínico. Incluye mostrar compasión, presencia y una escucha efectiva, junto con alentar una esperanza realista. Aquí el énfasis no está en “hacer”, sino en “ser” y “estar”. Para evitar el enganche emocional se busca un balance entre el apego y el desapego con el paciente, posible a través de un adecuado nivel de bienestar y autoconocimiento de carácter espiritual en el profesional. Éste debe encontrarse abiertamente presente, con las influencias de su familia, sociedad y cultura, y en este sentido la interacción es bidireccional, pudiendo la experiencia clínica significar un aprendizaje y sanación en ambos seres humanos que participan de la relación.

Cuidados Espirituales Avanzados: Ante conflictos específicos con las creencias o prácticas de una tradición espiritual o religiosa particular, como conceptos, deberes, rituales u oración específicos, el abordaje más apropiado debe hacerlo un agente pastoral, de la comunidad o bien quien ostente el conocimiento específico de aquel marco de

creencias del paciente. De la misma manera como un psicólogo o un trabajador social integran un equipo de salud ocupándose de las necesidades psicosociales, es necesario visibilizar la necesidad de interactuar con estos maestros o terapeutas de la disciplina específica. Es necesario identificar los límites respecto al rol del profesional de salud y el “especialista espiritual”, mientras el primero puede detectar las necesidades, prestar cuidados espirituales básicos y modificar el plan de intervención de su área acorde a las creencias del paciente, un agente espiritual está entrenado para proveer una consejería o abordaje espiritual en profundidad y atender a creencias y rituales específicos dentro del marco cultural del paciente. Este abordaje avanzado abarcaría las intervenciones de consejeros religiosos o capellanes, así como también, especialmente en nuestro contexto latinoamericano, la importante labor que cumplen referentes de medicina ancestral y diversos terapeutas de medicinas alternativas y complementarias, hoy en día denominadas integrativas. Algunas líneas de psicoterapia también podrían considerarse como intervención psico-espiritual avanzada (ej. humanista, transpersonal). Estas medicinas y terapias utilizan marcos filosóficos, teológicos y/o sistemas médicos diferentes al convencional, y requieren una formación específica.

Los tres tipos de cuidados espirituales, autocuidado, básico y avanzado, se despliegan en los tres mapas conceptuales del modelo BMSEST según su nivel de intervención.

Práctica Clínica de los Cuidados Espirituales Básicos en Salud

La Valoración Espiritual en Salud es un concepto proveniente del ámbito de la enfermería que consiste en explorar la dimensión espiritual en el contexto clínico. Se comprende que la clásica separación entre valoración e intervención, o diagnóstico y tratamiento, están bastante desdibujadas cuando hablamos de espiritualidad. La exploración y la intervención se dan juntas, pues el centro no está en el qué sino en el cómo. Este es un argumento para afirmar que, si bien el tiempo es un valioso aliado, no se requiere necesariamente espacios prolongados para aplicar los cuidados espirituales en salud. La valoración espiritual puede ser formal o informal, según se apliquen instrumentos estructurados o se realice de manera fluida y entrelazada en la atención habitual.

Valoración Espiritual Informal:²² Se trata de explorar la presencia de distrés o conflictos de carácter espiritual en la narrativa o discurso del paciente, tomando atención a frases o palabras gatillo.

Palabras o frases gatillo que invitan a una valoración espiritual informal

*“no le encuentro sentido” “me siento sola/o” “miedo a lo desconocido”
“incertidumbre por el futuro” “me siento culpable” “no le puedo perdonar..”
“rabia contra Dios” “me siento vacío/a”*

Se recomienda continuar con preguntas abiertas para permitir la expresión y comprender mejor la situación emocional y espiritual del

paciente, profundizar en cada palabra aunque parezca obvia. Ejemplo: "¿A qué se refiere con incertidumbre?"

Herramienta FICA²³

(F) Fe y Creencias: ¿Te consideras una persona religiosa o espiritual? o ¿Es la espiritualidad importante para ti? O ¿Tienes creencias espirituales que te ayuden a enfrentar el estrés o momentos difíciles? Si la respuesta es "no", se puede preguntar ¿Qué le da significado o sentido a tu vida? La pregunta del significado puede ser aplicada también si se respondió afirmativamente a la espiritualidad.

(I) Importancia: ¿Qué importancia tiene la espiritualidad en tu vida? ¿Cómo influye tu espiritualidad en la manera en que te cuidas o procuras tu bienestar en salud? ¿Cómo influencia tu toma de decisiones en salud?

(C) Comunidad: ¿Eres parte de una comunidad espiritual? Comunidades como iglesia, templos, mezquitas de pacientes. Se puede continuar: ¿Es esto un apoyo para ti, cómo? ¿Hay algún grupo de personas que realmente ames o que son muy importantes para ti?

(A) Dirigir hacia el cuidado (Address in Care): ¿Cómo quisieras que yo, como profesional de la salud, incorpore estos temas en tu cuidado de salud o tratamiento? También puede aplicarse exploración y abordaje de distrés espiritual en el curso de un tratamiento o plan de cuidado.

Valoración Espiritual Formal: Existe múltiples herramientas (HOPE15, FICA23, MILS24, Cuestionario GES25, etc.), algunas de ellas son escalas cuantitativas que intentan detectar sufrimiento o distrés espiritual. Las que presentamos aquí no son tests ni escalas, sino guías cualitativas para una entrevista o conversación, por lo que no deben aplicarse como "check list". Si la entrevista se encuentra en un punto relativamente neutral (ej.: antecedentes familiares, síntomas físicos) se recomienda introducir la aplicación de la herramienta con frases como "ahora me gustaría realizarle unas preguntas un poco más personales, ¿está bien?", "¿me gustaría preguntarle por su vida espiritual, es posible?" Si la entrevista ya discurre por un camino con carga emocional (ej.: síntomas emocionales o psíquicos, preocupaciones interpersonales) se recomienda ir directo a las preguntas de la herramienta. En último caso, la sensibilidad y el contexto determinarán cómo comenzar.

Herramienta HOPE15

H (Historia): Búsqueda de las fuentes de esperanza, sentido, bienestar, fuerza, paz, amor y conexión.

- ¿Qué hay en su vida que le de apoyo o fuerza interior?
- ¿Cuáles son sus fuentes de esperanza, fuerza, bienestar y paz? ¿a qué se aferra en momentos difíciles? ¿Qué es lo que lo sostiene para seguir adelante?
- Para algunas personas su religión o creencia espiritual funciona como una fuente de fuerza y bienestar en los altos y bajos de la vida, ¿esto corre para Usted?
 - Si la respuesta es SI, seguir con los puntos (O) y (P).
 - Si la respuesta es NO, se puede continuar: ¿Alguna vez lo fue? ¿Qué cambió?

O (Organizaciones):

- ¿Es Usted parte de una organización o grupo religioso? ¿qué tan importante es esto para Usted?
- ¿Qué partes de su religión son de ayuda y cuáles no lo son tanto? ¿Es Usted parte de una comunidad religiosa o espiritual? ¿Le ayuda? ¿De qué manera?

P (Prácticas espirituales personales):

- ¿Tiene Usted creencias espirituales independientes a su religión? ¿Cuáles?
- ¿Cree en Dios? ¿Qué relación personal tiene Usted con Él?
- ¿Qué aspectos de su espiritualidad o prácticas espirituales le son de mayor ayuda? (ej.: orar, meditar, ir a misa, música, contacto con la naturaleza, etc.)

E (Ejemplo o Efectos en los cuidados):

- Su estado de salud actual, ¿Le ha afectado como para realizar aquellas cosas que le ayudan espiritualmente? O ¿Ha afectado su relación con Dios (o figura divina)?
- Como profesional ¿Hay algo que pueda hacer para ayudarle en acceder a aquellas fuentes que le ayudan habitualmente?
- ¿Siente preocupación por algún conflicto entre sus creencias y el tratamiento médico actual / las decisiones médicas que debemos tomar?
- ¿Puede ser de ayuda el hablar con un pastor/guía espiritual?
- ¿Hay alguna práctica específica o restricción que yo debiera considerar en lo relacionado a su tratamiento médico? (ej.: transfusiones, dietas, otros)
- En estados más terminales: ¿Considerando sus creencias, qué tratamiento médico es el que desea de aquí en adelante?

Recomendaciones Clave

A continuación presentamos un conjunto de ideas centrales y recomendaciones clave recogidas de nuestra experiencia tanto en la aplicación de los cuidados espirituales en salud como en el ámbito de su enseñanza y aprendizaje:

- Conciencia y auto-conocimiento espiritual en el propio profesional, se recomienda auto-aplicación de alguna herramienta de valoración espiritual y una práctica permanente de trabajo con la propia sombra (o conflictos personales)
- Establecimiento de un buen vínculo y relación profesional-paciente: continuidad, confianza y humor
- Desplegar una actitud de genuino interés y cuidado, entrenamiento en comunicación efectiva
- Momento apropiado para explorar esta dimensión: considerar las necesidades de la persona, el motivo de consulta y el tiempo o encuadre disponible
- Privilegiar las preguntas abiertas y la escucha, minimizar el tiempo en que nosotros hablamos
- Escuchar a otro es también escucharse a sí mismo

“No acompañamos tanto desde nuestra fortaleza como de nuestra fragilidad”

Enric Benito

- Abandonar el rol de “dadores de respuestas” y asumir el de “oyentes”
- No dar respuestas necesariamente, cuidado con diagnosticar, evitar ir a resolverle la vida
- El cuidado espiritual se realiza independiente de las creencias del profesional, el centro es la persona del paciente
- No obstante, el profesional debe ser consciente de su espiritualidad (y sus creencias) para así asumir una posición de respeto, empatía y compasión por el paciente
- Enfoque positivo, basado en recursos más que carencias
- No implica necesariamente una prestación nueva, sino una actitud permanente, del “qué” al “cómo”
- No obstante, ¿dónde poner el énfasis? Significa un desafío ético, incluso político
- Acompañar es estar presente en el sufrimiento, en la incertidumbre, en la búsqueda, en el misterio
- Si en el paciente existe resistencia en el pensamiento o el diálogo verbal, probar con intervenciones no verbales como musicoterapia, arteterapia,¹⁴ o terapias expresivas
- Fijarse en dónde está el amor en esta persona, ¿hacia quién, hacia qué?
- Considerar otras personas y redes de soporte espiritual: derivar y trabajar de manera trans-disciplinaria

¿Qué hacer ante la persistencia del sufrimiento? ¿Y si el resultado no es el que esperábamos? Somos responsables del compromiso y el esfuerzo, no de los resultados, no somos salvadores sino acompañantes, debemos aceptar nuestras limitaciones.

Enric Benito

La culpa reside en el ego

Conclusiones

El enfoque biopsicosocial en medicina, presentado formalmente hace más de 40 años²⁶, ha significado un gran avance en la ampliación del modelo biomédico hacia la comprensión y abordaje de la salud humana desde una perspectiva más compleja y contextualizada. En sus bases hunde sus raíces en el enfoque centrado en la persona que, nutriendo fuertemente el origen de la disciplina de la medicina familiar, aporta con un importante norte a la brújula de la medicina en general: el ser humano. Tras cuatro décadas pareciera haber aún muchos desafíos en salud: aumento de enfermedades crónicas asociadas a estilos de vida, aumento de problemas de salud mental, suicidalidad creciente, estrés crónico como un fenómeno casi universal, burnout en equipos de salud, abuso de la tecnología, envejecimiento poblacional, migraciones, y un mundo globalizado con sus consecuentes conflictos políticos, económicos, sociales, étnicos, religiosos y medioambientales. Muchas ideas y propuestas se realizan desde diversos ámbitos.

La medicina familiar, al plantearse abierta a la realidad social y el trabajo trans-disciplinario, necesita herramientas para navegar por la complejidad de esta sociedad mundial. Para abordar la complejidad del mundo social externo, con sus inherentes diferencias y tensiones culturales, planteamos la necesidad de poner atención a la profundidad del mundo interior. “La paz mundial descansa sobre la paz interior”, nos dice Krishnamurti. Como dijimos, la tensión en la diversidad cultural necesita de la unidad en la búsqueda espiritual.

Tal vez el enfoque centrado en la persona, con su especial atención en la afectividad, la mente y la cultura, necesita ser complementado con la consideración explícita de la dimensión espiritual, una realidad emergente que incluye y trasciende la racionalidad, y que invita a adentrarnos en un espacio repleto de misterio, belleza y esperanza.

Referencias

1. Koenig H. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. ISRN Psychiatry 2012: 2
2. Pargament K, Koenig H, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients. *Archives of Internal Medicine*. 2004.161:1881–1885.
3. VanderWeele T, Balboni T, Koh H. Health and Spirituality. *JAMA*. 2017. 318(6):519-520.
4. Royal College of Psychiatrists, Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion, Position Statement PS03/2013, Nov 2013, p.6 Disponible en http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ps03_2013.pdf
5. Sulmasy D. A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist*. 2002(42);3:24-33
6. Puchalski C. Blatt B. Kogan M. Butler A. Spirituality and Health: The Development of a Field. *Acad Med*. 2014;89:10–16
7. Anandarajah G, Long R, Smith M. Integrating Spirituality into the Family Medicine Residency Curriculum. *ACADEMIC MEDICINE*, 2001.76;5(519-520)
8. Gilligan C. In a Different Voice. Psychological Theory And Women’s Development. Harvard University Press. 1982.
9. Wilber K. *Espiritualidad Integral*. 1º ed. Barcelona: Kairós. 2006.
10. Saiter M. Universal Integralism: Ken Wilber’s Integral Method in Context. *The Humanistic Psychologist*. 2009; 37(4):307-325.
11. Fuentes S. Hacia una Epistemología Integral de la Medicina Familiar: Inflamación y Evolución. *Rev Chil Med Fam*. 2017; 12(1)
12. Ray R. “La Política de Buddha”. En: McLeod, Melvin, et al. “Política con Conciencia”. Kairós. España. 2010. p.83-97
13. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en Salutogénesis y Activos para la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie de Monografías nº 51. 2010.
14. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, et cols. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Care Medicine* 2009;(12)10:3
15. Anandarajah G., Hight E. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *Am Fam Physician*. 2001 Jan1; 63(1):81-89

16. Hallenbeck J, Palliative Care Perspective. Oxford University Press. 2003
17. Derrickson BS. The spiritual work of the dying. *Hosp J.* 1996;11:11-30
18. McWhinney, I. El Médico de Familia: Clínico y Sanador. *Dimens Hum.* 2002;6(2):67-71
19. Maslow A. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review.* 1943;50:370-96
20. Anandarajah G. The 3 H and BMSEST Models for Spirituality in Multicultural Whole-Person Medicine, *Annals of Family Medicine.* 2008.(6)5:448-458
21. Davidson R, Kabat-Zinn J, et cols. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine.* 2003;65:564-570
22. Plotnikoff G. Should medicine reach out to the spirit? *Postgrad Med* 108:19-25, 2000
23. Puchalski C, Romer A; Taking a Spiritual History allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine* Vol 3 No. 1, 2000 .129
24. Steger M, Frazier P, Shigehiro O, Kaler M. The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaning in Life. *Journal of Counseling Psychology.* 2006;53(1):80–93
25. Benito E, Dones M, Barbero J. El Acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos. *Psicooncología.* 2016. 13(2-3):367-384
26. Engel G. The Need for a new Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series, Vol. 196, No. 4286 (Apr. 8, 1977), pp. 129-136*

CAPÍTULO XVII

Historia clínica orientada al Problema

Dr. Andrés Szwako

Una de las herramientas fundamentales en el desempeño de la medicina familiar es la Historia Clínica Familiar orientada a problemas. La medicina de familia postula un abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva que considera al proceso salud-enfermedad como un proceso histórico y social, en el cual la familia representa el ámbito biopsicosocial más próximo en el que se juegan diferentes aspectos de las condiciones de salud de un individuo y una familia. Por otro lado, la medicina de familia propone un desplazamiento del foco o unidad de atención del individuo aislado hacia la familia como unidad de cuidado. Conforme a esta perspectiva de abordaje es necesario que el instrumento de registro que utilice el médico de familia debe tener la capacidad de dar cuenta de las múltiples variables que debemos contemplar al considerar un problema de salud.

El propósito de recoger información es que esta sea útil para la toma de decisiones, de esta forma la Historia Clínica Orientada al Paciente, Problema o Familia debe hacer posible:

- Hacerse cargo de la atención de un grupo de convivencia en su conjunto.
- Evitar el registro reiterado de datos comunes al grupo de convivencia (condiciones socioeconómicas, estructura familiar, sucesos familiares críticos, etc.)
- Contar con datos básicos previos (como los anteriormente mencionados) que pueden ser de utilidad para valorar un problema de salud de un miembro de la familia que consulta por primera vez.
- La continuidad de la atención: la historia clínica supone el recuento escrito de los anteriores contactos del paciente con el sistema de salud. Esto lo podemos entender dentro de un mismo episodio de enfermedad (por ejemplo las consultas de diagnóstico y seguimiento de una bronquitis aguda), así como en el seguimiento de enfermedades crónicas (las modificaciones en la evolución y tratamiento de una paciente hipertenso por ejemplo).

Una característica distintiva de la historia clínica familiar es que hace posible la continuidad también en lo que a intervenciones preventivas se refiere, a tal fin es conveniente la existencia en la historia clínica de algún elemento que sirva de guía recordatoria de las prácticas de prevención y detección precoz de patologías según sexo y edad (por ejemplo inmunizaciones según edad, toma de PAP, etc).

- Un acceso rápido y actualizado de los problemas de salud de un individuo: la historia clínica debe contar con un elemento, por ejemplo el listado de problemas que posibilite la identificación rápida y resumida de los problemas de salud de un individuo.
- La integralidad de la atención: el registro de datos debe dar cuenta de los aspectos sociales, económicos, culturales, educacionales y

familiares que intervienen en el proceso salud-enfermedad de la familia

- Sistematizar las tareas de prevención y promoción de la salud: a través de la elemento que sirva de registro sistematizado.
- Ser un instrumento adecuado para la evaluación de la calidad de atención.
- Ser una fuente de datos válidos para la investigación.
- Ser instrumento único de registro de todo el equipo de salud: debe servir de registro de la información necesaria y las actividades de todo el equipo.

La historia clínica debe hacer posible:

- 1- La continuidad de la atención.
- 2- La integralidad de la atención.
- 3- La integración de actividades preventivas.
- 4- La toma de decisiones según problemas.
- 5- La evaluación de calidad del servicio, la docencia y la investigación.
- 6- Ser instrumento único del equipo de salud.

Asimismo, Cantale menciona algunas características que deben poseer las historias clínicas eficientes y que son:

Característica de una Historia Clínica Eficiente
<ul style="list-style-type: none">• Estar disponible siempre que se necesite• Exponer eficientemente los datos• Informar adecuadamente la evolución• Ofrecer información exacta o confiable para evaluaciones u situaciones legales• Ofrecer funciones de docencia e investigación• Ser compatible con la información

Historia Clínica orientada al Problema
Esta estructurada en cuatro partes <ul style="list-style-type: none">• La Lista de problemas• La Base de Datos Definida• Los Planes Iniciales• Las Notas de Evolución

Modelo de HCOP

Básicamente la HCOP puede dividirse en cuatro partes que son:

El listado de problemas

La historia clínica orientada a problemas fue desarrollada a fines de la década del 60 por el Dr. L. Weed. Hablar de problemas en lugar de diagnóstico es más conveniente en Atención Primaria porque muchas veces las consultas no concluyen con el reconocimiento de una entidad nosológica determinada y además, en general las conclusiones de nuestras consultas no se limitan al reconocimiento de un padecimiento físico, sino que se extienden a problemas de orden psicológico, familiar o social, que exceden la definición de diagnóstico. Se considera un problema a toda enfermedad, trastorno o anomalía dentro del campo biopsicosocial de la salud del paciente

que deba ser objeto de atención por parte de los profesionales de la salud (Zurro, M. 1994).

La construcción del listado de problemas se realiza a partir de los datos básicos y de los datos recabados en la entrevista, examen físico y estudios complementarios en las sucesivas consultas.

La lista de **problemas** constituye una forma de presentación resumida y de rápido acceso de la situación del paciente. Como es un registro dinámico los problemas se clasifican como activos o inactivos, se los enumera para facilitar el seguimiento y van acompañados de la fecha de inicio y de resolución. Se puede además clasificarlos como agudos o crónicos según su duración sea menor o mayor a seis meses.

Habitualmente el listado de problemas se realiza en una hoja ordenada en columnas. En la primera se registra el número de problema, en la segunda la denominación del problema, en la tercera la fecha de inicio o de registro del problema y en la cuarta la fecha de resolución.

Historia Clínica orientada al Problema

Lista de Problemas:

Es una enumeración de los problemas más significativos de la vida del paciente y orienta sobre los factores que pueden afectar su manejo.

- Problemas Crónicos (>6 meses)
- Problemas Agudos (<6 meses)

- **Datos básicos de la familia:** contiene información acerca de las características de la vivienda, quienes y en que trabajan, nivel de escolaridad. Estos datos permiten hacer una estimación del nivel socioeconómico, lo que va a determinar condiciones y estilo de vida que van a influir en forma positiva o negativa en el proceso salud-enfermedad de la familia. Estas pueden requerir intervenciones específicas de prevención, así como determinar las posibilidades y modalidad mas convenientes de resolver un problema. Dentro del conjunto de datos básicos deben figurar también la investigación de factores de riesgo, considerando como tales a aquellas patologías que por tener un componente hereditario (DBT, algunas neoplasias), infectocontagioso (chagas, TBC), psicosocial (alcoholismo, maltrato) o por ser de alta prevalencia (HTA, coronariopatías), pueden afectar la salud familiar y requerir una intervención preventiva o terapéutica del equipo de salud.

Historia Clínica orientada al Problema

Base de Datos definida:

- Información de rutina a través de un cuestionario impreso
- Información específica del Problema están relacionada con el motivo de consulta

- **Familigrama:** es la representación gráfica de la estructura y dinámica familiar, que permite en la historia clínica familiar el acceso rápido y conciso a una serie de datos relevantes en el abordaje familiar de los problemas de salud, entre los que podemos destacar:
 - Conocer la estructura familiar, el tipo de familia y los subsistemas que en ella interaccionan.
 - Determinar la etapa del ciclo vital por la que está atravesando.
 - Permite reconocer pautas generacionales repetidas (por ejemplo alcoholismo, maltrato).
 - Reconocer la presencia de acontecimientos vitales estresantes (pérdidas, embarazos, etc.)
 - Establecer el patrón de comunicación e interacción entre los distintos miembros.
- **Datos básicos del adulto:** esta sección de la historia clínica consta de: el listado de problemas, la hoja de evolución, la grilla de control periódico de salud.

Las notas de evolución

Una característica distintiva de la historia clínica familiar orientada a problemas es la existencia de una estructura definida para construir las notas de evolución. Estas están constituidas por cuatro apartados que forman la sigla SOEP o SOAP.

S (subjeto) síntomas referidos por el paciente, registrados preferentemente con los términos utilizados por el paciente. Es el espacio reservado para explorar la dolencia. Debemos dejar constancia de todo

lo que el paciente refiera, primeramente en forma espontanea y luego en forma dirigida por nosotros.

O (objetivo) se registran los signos del paciente y sus modificaciones y los resultados de los estudios complementarios. Aquí dejamos constancia de todo lo que podemos ver, resultados de estudios auxiliares, etc.

E (evaluación) ó A (Apreciación Diagnostica) interpretación y reevaluación de los problemas del paciente. Es importante aquí dejar claro que el termino de “apreciación diagnostica” no se refiere en ningún caso por el hecho de no “llegar” a un diagnostico definitivo, sino porque en muchas circunstancias, no se puede realizar un diagnostico final en una sola consulta.

P (plan) este apartado hace referencia a cuatro aspectos: plan diagnóstico (datos del interrogatorio al paciente y/o familiares y exámenes complementarios), plan terapéutico (medicamentos, cirugías, psicoterapia), plan educacional (resumen de la información aportada al paciente y su familia para la comprensión y manejo de su problema) y plan de seguimiento (datos del examen físico o de estudios complementarios que serán de utilidad para valorar la evolución de la enfermedad y la respuesta terapéutica).

Historia Clínica orientada al Problema
Nota de Evolución: Estructurado, por el sistema SOAP. <ul style="list-style-type: none">• S: Información subjetiva.• O: Información objetiva.• A: apreciación Diagnostica y/o Evaluación.• P: Planes de seguimiento.

Esquemáticamente, tratamos que la HCOP utilizada en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción cumpla con todos estos requisitos, y así lograr una atención integral y mas eficiente.

En la primera hoja de esta HCOP, vemos el familigrama, los ciclos vitales, Apgar familiar y la lista de problemas. A partir de la segunda hoja, inicia el motivo de consulta, examen físico y apreciación diagnostica, así como los resultados de estudios auxiliares. En la cuarta hoja ya figura el espacio para las evoluciones con el sistema SOAP, y en caso de necesitar más espacio, se le van agregando hojas y se sigue con el sistema SOAP.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUN- CION HOSPITAL DE CLINICAS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	
FICHA INDIVIDUAL	
Integrante de la Familia:	
Estado Civil:	
Edad:.....	
Escolaridad	
Ciclo de Vida Familiar:	
Ciclo de Vida Individual:	
Apgar Familiar: Adaptabilidad	
F	Compañerismo
DM	Autonomia
DS	Afecto
	Compartir
Familigrama	
Lista de Problemas	
FC:	Talla:
FR:	IMC:

Bibliografía

- 1) Ciuffolini B. Jure H. Didoni M. Historia clínica familiar orientada a problemas. Disponible en: <http://www.fcm.uncu.edu.ar/medicina/posgrado/inssjp/lectura/Modulo%203.%20Historia%20clinica%20familiar.pdf>
- 2) Estrella Sinche, E, Suárez Bustamante, M. Historia Clínica Orientada al Problema. Disponible en: <http://atencionpri-maria.wordpress.com/2008/03/05/historia-clinica-orientada-a-problemas/>
- 3) Medicina Familiar y Practica ambulatoria. 3era Edicion. Servicio de Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires. Editorial Panamericana. 2016.

CAPÍTULO XVIII

Otros instrumentos de la Medicina Familiar

Dr. Andrés Szwako

Existen otros instrumentos en la práctica de la Medicina Familiar que se utilizan con el afán de mejorar la atención y el relacionamiento médico-paciente-familia.

I) El Cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria Uno de los instrumentos de que disponemos en la práctica diaria es el cuestionario de apoyo social M.O.S. (Grupo de Estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria), realizado en EEUU en 1991. Se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social).

El concepto de “apoyo social” todo el mundo comprende de manera genérica e intuitiva. Ahora bien, cuando se trata de pasar de esta idea general a la concreción y especificación de concepto, es cuando surgen los problemas y divergencias. La revisión de la literatura acerca del tema y la comparación de las definiciones que de este concepto se han propuesto hacen evidente los diferentes tipos de apoyo social que pueden existir y los diversos componentes que lo constituyen. A partir de aquí es inevitable cuestionarse sobre cuáles son los tipos o formas de apoyo social especialmente relevantes y con efectos importantes sobre el estrés laboral, la salud o la relación entre ambos.

Algunas de las definiciones o conceptos son:

- “El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas”.
- “La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas”.
- “Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia”.
- “La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas”.
- “El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros”.

Tipos de apoyo social

Estos tipos han de ser considerados como formas potenciales de apoyo y su capacidad para tener influencia en la salud ha de ser considerada de manera empírica. La importancia de un tipo u otro dependerá

en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema concreto que requiera tal apoyo.

Apoyo emocional

Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.

Apoyo instrumental

Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien.... Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas (así, la ayuda en el trabajo puede ser una ayuda o una fuente de información y valoración, y no siempre positiva; necesitas ayuda y no eres autosuficiente, no tienes capacidad ...).

Apoyo informativo

El "apoyo informativo" se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la o que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

Las siguientes preguntas se manifiesta al apoyo o ayuda de que Vd. Dispone				
1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y habla acerca de todo lo que se le ocurre) Escriba el N° de amigos íntimos y familiares cercanos: La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otro tipo de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Vd. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)				
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4
8. Alguien que le informe o le ayude a entender una situación	1	2	3	4
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4

Como interpretar este cuestionario:

- Sus ítems constituyen cuatro sub escalas que miden:
- el apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19);

- el apoyo instrumental o ayuda material (2, 3, 12 y 15);
- la interacción social positiva o relaciones sociales de ocio y distracción (7, 11, 14 y 18)
- el apoyo afectivo, referido a expresiones de amor y cariño (6, 10 y 20)

Además:

- Se suman todos los puntajes obtenidos y se proporciona un índice global de apoyo social distribuido entre un máximo (94), un valor medio (57) y un mínimo (19).

En las sub escalas los valores máximo, medio y mínimo son

- 40, 24 y 8 para el emocional/informacional;
- 20, 12 y 4 para el instrumental;
- 20, 12 y 4 para la interacción social positiva
- 15, 9 y 3 para el apoyo afectivo.

II) La escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson.

A fines de los setenta se iniciaron en la Universidad de Minnesota estudios que intentaban identificar los aspectos más relevantes del funcionamiento familiar. A partir del análisis de la teoría familiar y de la literatura acerca de la terapia familiar se identificaron tres dimensiones de la dinámica familiar que podían expresarse en función de tres variables: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar.

La “cohesión familiar” es definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación.

Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles:

Desvinculada (muy baja),
Separada (baja a moderada)
Conectada (moderada a alta)
Enmarañada (muy alta).

La cohesión desvinculada o desprendida se refiere a familias donde prima el “yo”, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal. En la cohesión separada si bien prima el “yo” existe presencia de un “nosotros”; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. En la cohesión conectada o unida, prima el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia. Finalmente en la cohesión enmarañada o enredada, prima el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

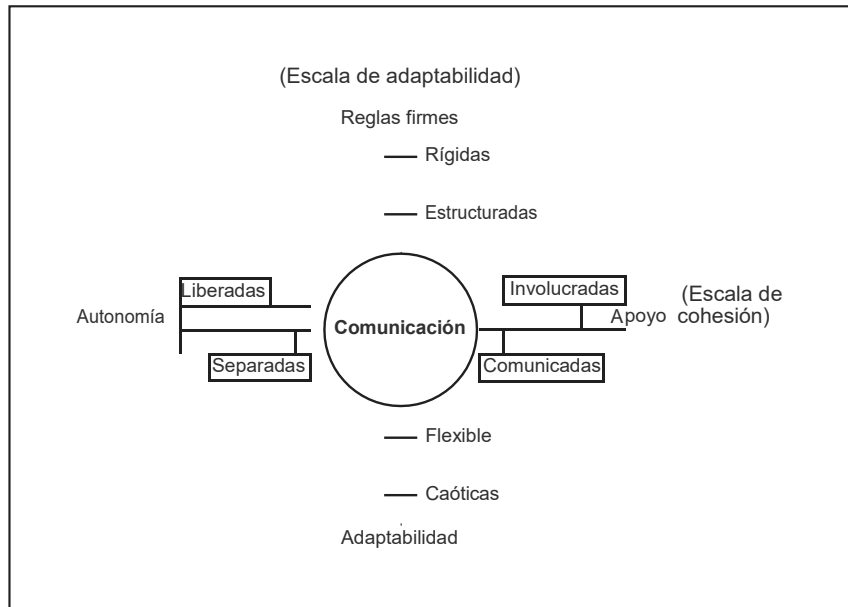
La “**adaptabilidad familiar**” es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). La adaptabilidad caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. Por otra parte, la adaptabilidad estructurada ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La adaptabilidad rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.

La “**comunicación familiar**” es el tercer concepto, considerándose una dimensión facilitadora. Las habilidades para la comunicación positiva descritas son: empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo, etc. Hacen posible que las parejas y familias compartan sus necesidades y preferencias, en tanto se relacionen con la cohesión y la adaptabilidad. Las habilidades negativas son: doble vínculo, doble mensaje y críticas. Reducen la capacidad de los cónyuges o miembros de una familia para compartir sus sentimientos, restringiendo sus movimientos en las otras dos dimensiones. Los estilos y estrategias de comunicación de un matrimonio o de una familia, están muy relacionados con la cohesión y la adaptabilidad. Se establece que si se introducen cambios en estas estrategias, también es posible modificar el tipo de cohesión y de adaptabilidad. Se trata por tanto de una variable facilitadora del cambio.

Las tres dimensiones antes mencionadas de cohesión, adaptabilidad y comunicación pueden organizarse en un Modelo Circunflejo, que facilita la identificación de 16 tipos de familias que más tarde fueron descritas y que dieron origen a la escala de “Cohesión y Adaptabilidad Familiar” (CAF). Puede decirse que el fin perseguido por este modelo es tratar de ensamblar la teoría, la investigación y la terapia familiar. A partir del Modelo Circunflejo los niveles centrales (cohesión separada y conectada) son los más viables para el funcionamiento de la familia, considerándose problemáticos los niveles extremos (cohesión desvinculada y enmarañada). Los niveles centrales de adaptabilidad (estructurada y flexible) son más favorables para el funcionamiento del matrimonio y la familia. Los extremos (rígida y caótica) son los más problemáticos. La mayoría de parejas y familias que buscan tratamiento, se encuentran en uno de estos niveles extremos.

Modelo Circunflejo de la función familiar.



Bibliografía

- 1) Pérez, J. Daza, F. El apoyo Social. Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_439.htm
- 2) Zurro, M. Cano, J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ta. Edición. Mosby/Doyma. 2001.
- 3) ZEGERS, Beatriz, LARRAIN, M. Elena, POLAINO-LORENTE, Aquilino et al. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [online]. ene. 2003, vol.41, no.1, p.39-54. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000100006&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9227.
- 4) Osorio, A. Alvarez, A. Introducción a la Salud Familiar. CURSO ESPECIAL DE POSGRADO EN GESTIÓN LOCAL DE SALUD 1 ed. - San José, Costa Rica, 2004.

CAPÍTULO XIX

Teoría de la Comunicación

Dr. Andrés Szwako

La entrevista es el proceso a través del cual el profesional alcanza el conocimiento del paciente, es un proceso de comunicación, el fin de la entrevista es conocer al hombre o la mujer.

Debe haber énfasis en el establecimiento de la “confianza mutua” (Rapport) y basar la entrevista en ello.

El Rapport es uno de los ingredientes imprescindibles para establecer una comunicación efectiva con los demás y el conseguir una comunicación efectiva con un paciente es más que necesario, ya que nuestro diagnóstico depende de esta comunicación. Este proceso, utilizado de forma intuitiva por muchísimas personas, puede ser aprendido y practicado para mejorar la comunicación.

Lograr el rapport es muy sencillo: Copie la postura, los gestos, la actitud, el estado de ánimo, las palabras que el otro repite con frecuencia. Claro, hágalo con sutileza, para que no sea notado (sería contraproducente).

También podemos hacer rapport con el significado de las palabras y con la manera de pronunciarlas: Si la persona que tenemos delante en la entrevista habla despacio, debemos hablar también lentamente, si habla rápido tenemos que igualar su ritmo. Luego liderarlo y cambiar el ritmo, si fuera necesario.

Además de la palabra y la postura corporal, otro elemento de la comunicación que podemos igualar para influenciar positivamente a nuestro entrevistador es el tono de voz. Podemos adecuar el tono, velocidad, volumen y ritmo de la voz al hablar.

Otro dato importante es saber que es la empatía. Muchas personas confunden empatía con simpatía, pero la empatía es mucho más que eso. El diccionario de la Real Academia Española online la define como “la capacidad o proceso de penetrar profundamente, a través de la imaginación, dentro de los sentimientos y motivos del otro” En un sentido menos académico, implica ponerse “en los zapatos, o en la piel del otro”, de manera de entender realmente sus penas, sus temores, o más positivamente hablando, sus alegrías.

Lo opuesto de empatía, en términos de comunicación, es invalidación. Es lo que sucede cuando usted expresa un sentimiento, y la persona a quien le habla contradice o rechaza el mismo. Y cuando se encuentra

ansioso, triste, temeroso, o mal en algún modo, el rechazo es muy doloroso.

Lo interesante es, que la pena por el rechazo puede ser aún más profunda cuando la otra parte no tolera su dolor. En realidad la persona en la que se confió puede creer sinceramente estar ofreciendo apoyo, pero fracasa porque no existe empatía.

Propósitos de la consulta medica

Existen varios propósitos dentro de una consulta médica que se pueden mencionar: el primero de ellos sería reunir datos para llegar al diagnóstico y con ello al tratamiento médico, establecer una relación médico paciente efectiva y cercana, establecer buena comunicación entre el médico, el paciente y su familia, crear un ambiente efectivo para mejorar la relación médico paciente familia, producir con esto un cambio en el paciente, ya sea en sus hábitos o en su conducta.

Ingredientes en una consulta médica:

Podemos hablar desde varios aspectos: observación, como escuchar al paciente, la comprensión y el interrogatorio.

En la observación debemos tener en cuenta la comunicación verbal (lo que decimos, como lo decimos, lo que dice el paciente o el familiar, entre otras) y la comunicación no verbal, que muchas veces no le prestamos mucha importancia, pero que los pacientes siempre se percatan de este aspecto. (mirarlo a los ojos al hablarle o cuando nos habla, no realizar otra actividad al interrogar, no condenar al paciente por algunos hechos que nos refiera con gestos de desaprobación, etc.)

El tono de voz con el cual nos dirigimos al paciente o a sus familiares, cuidar de no utilizar lenguaje técnico para explicar las dudas que tiene el paciente; nuestra vestimenta, que si bien muchos pueden estar en desacuerdo, porque es un aspecto superficial, está claro que una buena presencia mejora la confianza en la relación médico paciente.

Escuchar activamente, demostrando interés real en lo que nos comenta el paciente, no realizar la misma pregunta varias veces, tratar de comprender las inquietudes, identificarse un poco con lo que nos refieren, sus miedos, temores sobre el tratamiento o el pronóstico de su diagnóstico, son otros aspectos que debemos mencionar y tener en cuenta, aunque parezca obvio que el médico cuidaría estos detalles.

Al inicio de las consultas hacer preguntas abiertas, sin presiones, ver cómo reacciona el paciente, se podría parafrasear con el paciente y así comprobar si entendió las respuestas o las indicaciones que le fueron hechas.

Ansiedades y motivaciones del paciente y del profesional medico

DEL PACIENTE

Motivaciones y expectativas del paciente:

- Buscar alivio a sus síntomas

- Saber qué le pasa, tener un pronóstico, hacer previsible su enfermedad y evolución
- Recuperar niveles previos de funcionamiento social
- Proteger a su familia

Ansiedades:

- Tener algo malo
- Vergüenza
- Sufrir daño
- Verse desatendido
- Incompetencia profesional
- Molestar, aportar una demanda injustificada y ser reñido por ello

DEL PROFESIONAL MEDICO

Motivaciones del médico:

- Ayudar
- Aprender
- Ganarse la vida
- Ejercer un tipo de poder
- Seguridad personal/familiar

Ansiedades del médico:

- Hacer daño
- Equivocarse
- Provocar su desprestigio y el rechazo de sus colegas
- Deslealtad de sus pacientes
- Verse desbordado por la demanda y no poder actuar con un mínimo de calidad

Pragmática de la comunicación médico-paciente

Suele ser una comunicación directiva (en el sentido médico a paciente), los mensajes suelen ser transmitidos casi exclusivamente de forma instruccional («debe tomar la medicación», «tiene que pasear», etc.) y el paciente casi exclusivamente refiere, se queja («me duele la cabeza»), el canal consciente es el verbal y el medio (salvo en las visitas domiciliarias) suele ser la consulta ambulatoria con sus barreras comunicacionales típicas (por ejemplo, el ancho de las mesas que no permite un acercamiento suficiente entre médico y paciente); en otros casos se escoge un ambiente claramente inadecuado (control de enfermería, sala de espera, pasillo, etc.). Igualmente conviene comentar la barrera psíquica que supone la utilización de una jerga hiperespecializada que dificulta la memorización y comprensión de instrucciones por parte del paciente, muchas veces en aras de una supuesta profesionalidad que más bien resulta en un acento del estatus y que distancia más al médico del paciente.

Fases de una consulta:

Podemos esquematizar en tres fases:

Una inicial donde se realiza el saludo, la presentación de cada uno, se realiza un primer contacto visual, se le invita a que exponga su motivo de consulta, dar seguridad al paciente, para que entre en confianza, esperar a que exponga y explique con sus palabras sus dolencias.

Una fase media, en donde iniciamos un interrogatorio dirigido, recolectamos los datos subjetivos y realizamos el examen físico donde tenemos los datos objetivos, en esta fase tenemos que integrar el motivo de consulta, con nuestros hallazgos y con la influencia biopsico-social que pueda presentar el diagnóstico.

Por último tenemos una fase final, en donde deberíamos dar instrucciones precisas, podemos hacer una revisión rápida, repitiendo el problema que trajo el paciente, revisar los datos y resumir el plan terapéutico. Es común en esta fase que el médico utilice un vocabulario técnico y el paciente no entienda las explicaciones, o el médico da muchas indicaciones en poco tiempo y hablando muy rápido. Suele ser de utilidad pedirle al paciente que le repita como entendió sus indicaciones.

Fase de una consulta	Tipos de consulta
<p>a) Inicial: Saludo de presentación, contacto corporal, visual Postura corporal, se le invita a que exponga su MC. Seguridad de confiabilidad. Con sus propias palabras.</p> <p>b) Media: Recolección de datos. (Objetivos - subjetivos) Debe ser espontáneo. Dirigida, con finalidad de ordenar. Integrar MC con la influencia PBS</p> <p>c) Final: instrucciones precisas se repite el problema se revisan los datos se resume plan terapéutico</p>	<p>Se puede hablar de que existen tipos de consultas médicas más frecuentes. Así, como para cada edad y sexo existen enfermedades o motivos de consultas más frecuentes, también mencionamos que existen “tipos” de consulta. Entre ellos están: Problemas crónicos, visitas para chequeos, visitas de problemas nuevos y problemas psicosociales con cambios de hábitos.</p> <p>Cada consulta además, debe tener una enseñanza para el médico, cada paciente y su problema específico es un desafío profesional y un motivo para aprender.</p>

Integrando lo tangible e intangible de la comunicación en la práctica: el método clínico centrado en la persona

El método clínico centrado en el paciente hace converger dos mentalidades con objetos de trabajo diferentes: la científico-técnica, cuyo objeto de trabajo es todo lo empíricamente constatable, y la humanista, cuyo objeto de trabajo es el mundo interno humano. Al ser objetos de trabajo diferentes, el método de observación y verificación es diferente. Así como una radiografía permite demostrar una neumonía, en el caso de lo subjetivo es la introspección, para el propio mundo interno del médico, y la escucha, interpretación de mensajes y el diálogo, para el mundo interno del paciente, lo que permite comprobar y verificar lo que ahí sucede.

Las competencias comunicacionales por su parte se organizan en las cuatro tareas básicas: identificar y comprender los problemas (correlacionada con la anamnesis clásica, la exploración de la perspectiva del paciente y la exploración física), y acordar y ayudar (explicar y planificar), enmarcadas entre la apertura y el cierre de la entrevista.

Las habilidades autoperceptivas permiten identificar barreras emocionales, posibles sesgos en los procesos de razonamiento clínico o actitudes personales que facilitarán o entorpecerán la comunicación (intangibles). Por otro lado, se incluyen aspectos relacionados con el contenido y el proceso comunicativo (tangibles). Los aspectos de contenido se obtienen a través de la anamnesis tradicional, más una historia clínica orientada a detectar la perspectiva del paciente. Las habilidades de proceso tienen que ver con las formas verbales, no verbales y paraverbales en la que se intercambian los contenidos (tangibles). Entre ellas, la captación y respuesta a pistas, verificación, comprobación e integración de la información vertida por el paciente, reversión de lo comprendido respecto a su situación compartiéndolo de forma clara y adaptada, invitándole a participar y buscando acuerdos. Representan fenómenos que se producen en el mundo interno del clínico, como actitudes de respeto, autenticidad, empatía o escucha activa (intangibles) y que buscan generar un modo de estar en relación funcionalmente eficaz y en el que el paciente se sienta acogido, comprendido y tratado competentemente y, por tanto, seguro y en confianza (intangibles).

Aprender un listado de habilidades comunicativas no es suficiente; es preciso, además, saber cómo organizarlas dentro de un modelo conceptual que se basa en la evidencia. El aprendizaje de este tipo de destrezas es de tipo experiencial, algo por sí mismo aleatorio. Las habilidades comunicativas son muy personales, en el sentido de que cada uno debe descubrir su propia forma de aplicarlas, incluso de usarlas en función de su personalidad, creando así su propio repertorio.

La perspectiva bioética

Como cualquier desarrollo técnico, las habilidades pueden ser éticamente ambiguas, es decir, se pueden emplear bien o mal, para bien o para mal. Por ejemplo, el conocimiento empático con el paciente puede emplearse para evitar que se sienta aislado en su enfermedad, pero también proporciona un poder de manipulación; las habilidades necesarias para llegar a un diagnóstico preciso pueden llevar a un uso exagerado de pruebas complementarias olvidando el bien del paciente; el proceso comunicacional en su conjunto puede ser exageradamente paternalista o, por el contrario, provocar un cierto abandono del paciente, dejándole a merced de decisiones sumamente difíciles.

¿Cuáles pueden ser las principales tareas éticas que deberían vertebrar las tareas comunicacionales en la relación clínica?

Se trata de cursos de acción que se despliegan para desarrollar tres valores fundamentales, que pueden representar, si no su totalidad, al menos una parte muy relevante de lo que es importante en la práctica médica: la solidaridad humana, el saber médico y la confianza. Estos valores son una forma de especificar los cuatro valores básicos de la bioética, formulados en forma de principios: beneficencia, no maleficencia, respeto a las personas y justicia.

Las tareas necesarias para desarrollarlos son a su vez tres intangibles, fáciles de retener y mantener a lo largo de la entrevista tras todos los procesos comunicacionales: conectar (que incluye conectar con

uno mismo y con el otro), comprender y deliberar (lo primero incluye la comprensión biopsicosocial y espiritual —valores, preferencias, proyectos— del paciente y lo segundo una reflexión compartida para llegar a acuerdos prudentes) y, finalmente, generar confianza (que supone un estar en relación de forma clínicamente eficaz).

Problemas morales en el encuentro clínico

Otra forma de analizar el interfaz entre comunicación y ética es la de ver qué tipo de problemas morales se pueden plantear durante la entrevista. Este modo es especialmente operativo en la práctica asistencial, pues es útil para encontrar respuestas a las dudas éticas que se van planteando, sobre todo aquellas que, una vez resueltas las lagunas de conocimiento, están relacionadas con el «qué debería hacer», ya sea por un déficit de habilidades (cómo hacer) o por lagunas prudenciales (cómo debo actuar).

Los problemas éticos se presentan de varias formas:

- a) Por un conflicto de valores: dos o más valores chocan, compiten entre sí. Este tipo de conflicto se puede identificar cognitivamente pero, como los valores también se sienten, a menudo el conflicto de valores se puede identificar emocionalmente en forma de malestar.
- b) Por un conflicto de deberes: en el que hay una dificultad para desarrollar de forma efectiva uno o varios valores. Puede ser debido a la dificultad de encontrar un curso de acción determinado o porque, ante un curso de acción concreto, hay una dificultad para aplicarlo (por ejemplo, ser amable cuando estoy agotado o malhumorado).
- c) Por una ceguera y/o apatía axiológica, ya que hay valores importantes en riesgo de pasar desapercibidos. Además de hablar de una ceguera axiológica, por la cual los seres humanos no ven como valioso aquello que verdaderamente lo es, quizá debería hablarse también de una apatía axiológica, por la cual los seres humanos padecen una incapacidad para apreciar emocionalmente lo realmente valioso.

La ética de la práctica clínica diaria

Un contexto en el que es especialmente difícil detectar los problemas éticos es en las pequeñas decisiones que se toman día a día. En ellas se pueden producir todos estos tipos de conflictos. La micro-ética, es decir, la reflexión sobre las pequeñas decisiones cotidianas que se toman cada día en la práctica clínica, ha tratado de dar una respuesta. La cuestión es cómo detectar las más significativas para las personas y cómo mejorarlas.

La consulta externa

Existen pocas especialidades donde no se hagan consultas externas (terapia intensiva, por ejemplo), las demás especialidades estarán la mayor parte del tiempo en consultorios. La medicina familiar es una especialidad que se centra en lo ambulatorio.

Características que se debe mostrar en una consulta externa		
• Sencillez	• Confidencialidad	• Rapidez de respuesta
• Responsable	• Accesible	• Que dé respuestas
• Imparcialidad	• Bien involucrado	• Costo efectividad

Para lograr un diagnóstico acertado es necesario que el médico cuente no sólo con tecnología sofisticada, sino con conocimientos científicos sobre comunicación humana y lenguaje, instrumento con el cual se construye la realidad entre médico y enfermo. Es bien conocido que los pacientes hablan según quién los escuche, por lo cual es necesario que el médico se forme como un experto entrevistador, para lo cual tendrá que descentrarse de la enfermedad y centrarse en la persona enferma.

Wilson, en 1998, describe las características que debe mostrar una práctica médica y una consulta externa integral:

Egger, en el texto de Medicina Familiar de Robert Taylor, resume las funciones básicas del Médico Familiar en una consulta externa.

1. Intercesor del paciente.
2. Educador del paciente.
3. Manejo de síntomas
4. Promotor de salud.

Destrezas particulares del Médico de Familia en la consulta externa:

1. Solución de problemas indiferenciados.
2. Identificar población en riesgo.
3. Manejar pequeñas desviaciones de la normalidad.
4. Uso de la relación médico-paciente para elevar la efectividad del manejo.
5. Buen uso de los recursos de la comunidad.

Un momento inicial frecuente de la consulta es la toma de decisión binaria sobre los síntomas o signos de un paciente, a veces hallazgos diametralmente opuestos. Existen barreras que pueden impedir la buena comunicación, y así impedir el buen diagnóstico. También existen ciertas sugerencias, que pueden servir de ayuda para mejorar el relacionamiento médico-paciente-familia con el consiguiente beneficio para lograr un mejor diagnóstico y la adherencia al tratamiento.

Barreras	Ayudas
<ul style="list-style-type: none">• Tono impersonal al hablar• Utilizar lenguaje técnico• Juzgar con prejuicios• Ser autoritario al indicar• Decidir por el paciente• La presión de horario• Presiones sociales, culturales	<ul style="list-style-type: none">• Auto-presentación• Dirigirse por su nombre• Informar más que aconsejar• Transmitir confianza• Instrucciones precisas• Utilizar la conversación informal• Habla sobre las preocupaciones

Algunas barreras y ayudas en la comunicación son:

Conclusión

La relación entre el médico paciente se ha modificado y se requiere realizar una reflexión crítica en torno a los procesos de salud y enfermedad en los diversos escenarios en que éstos se producen para desarrollar una nueva cultura sanitaria. En este contexto, la Bioética y sus principios favorece una manera diferente de entender la relación entre el médico y el paciente, en donde se privilegia el

derecho que tiene el paciente como persona con autonomía en la toma de decisiones sobre su salud y se reconoce una responsabilidad compartida que considera el impacto de factores biológicos, sociales, culturales, económicos, psicológicos y éticos sobre la atención médica y el cuidado de la salud.

Bibliografía:

- 1) Zurro, M. Cano, J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ta. Edición. Mosby/Doyma. 2001.
- 2) Disponible: <http://www.cyberpadres.com/efectividad/empatia.htm>
- 3) Disponible: <http://www.pnl.net.com/chasq/a/10>
- 4) Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente J A. Flórez Lozano, P C. Martínez Suárez, C. Valdés Sánchez. Medicina Integral. Vol. 36. Núm. 3. Julio 2000
- 5) LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. Prof. Ludovico Fuentes Meleán. Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Los Andes. 2014.
- 6) La interfaz comunicación clínica-ética clínica: implicaciones para la educación médica. Roger Ruiz Moral -Santiago Álvarez Montero. Educacion Medica. Volume 18, Issue 2, April-June 2017, Pages 125-135
- 7) La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. Prof. Adriana Mejía Estrada, Prof. Hilda Romero Zepeda. Revista Médica Electrónica versión On-line ISSN 1684-1824 Rev. Med.Electrón. vol.39 supl.1 Matanzas 2017

La Entrevista Médica

Dr. Enrique de Mestral

En el ámbito de la salud, cabe esperar que los profesionales de la salud tengan bien presente el fenómeno de la comunicación. El arte médico de la curación está siendo poco a poco remplazado por procedimientos técnicos.

Los problemas de los pacientes son cada vez más complejos, el tiempo es escaso, los recursos cada vez más racionalizados, los pedidos de disminución de los costos se acentúan, el trabajo burocrático aumenta día a día.

Por otro lado, el tiempo de la consulta varía según la especialidad, la cultura, la forma de pago y el nivel de entrenamiento.

En el Reino Unido la consulta media dura 7 minutos (atención socializada). Unos 9 min en Canadá (basado en medicina familiar), 30 min. en EEUU (basado en medicina interna) y 18 en la Argentina (también en medicina familiar).

En esta especialidad la historia clínica se construye a través del tiempo, no hace falta tratar todos los problemas en una vez, se establecen prioridades de manejo de los problemas.

Se debe explicar el proceso de su enfermedad y el programa de tratamiento. Tratar de que entienda y se involucre. Conseguir el apoyo de la familia, por ej. para el régimen en la casa.

Un médico hará de 200 a 400.000 consultas en su vida (dependerá si hace consultorio mañana y tarde o solo medio día). Las enfermedades crónicas que manejará necesitan de cambios de conducta en el tiempo.

Un médico en su práctica utiliza el 25 % del tiempo para educar, dar información, aconsejar. Esto produce mejoría en el estado de salud, disminuyen las conductas de riesgo y reducen la morbilidad.

Siempre hay que indagar sobre las conductas que alteran la salud, el sedentarismo, el estrés exagerado, las actitudes ante la vida.

Existen diversos modelos de atención:

En el Modelo Biomédico, el médico quiere un diagnóstico seguro, un tratamiento eficaz. Se preocupa menos de producir cambios en el paciente y su familia o de implementar conductas orientadas a cambiar los procesos que modifiquen la enfermedad o generen salud.

Por ejemplo, no insiste tanto en la influencia del hábito tóxico de fumar o del alcohol, o en que debe bajar de peso.

Modelo Bio Psico Social de Ángel: busca no solo el diagnóstico a nivel orgánico y de sistemas, sino evalúa la personalidad, tiene en cuenta el entorno familiar, la cultura de la comunidad y el contexto social en el que vive el paciente.

Modelo colaborador de McDaniel: promueve el reconocimiento de las diferencias, la negociación entre médico, paciente y familia, toma en cuenta la perspectiva de los otros, da información para el discernimiento y reconoce la autonomía del paciente.

Lo que deberíamos perseguir:

- Estimular que los pacientes expresen sus molestias
- Que expresen sus deseos y necesidades
- Expresión de los sentimientos
- Satisfacción del paciente y la familia
- Dar información al paciente y familia
- Incluir al paciente y familia en el plan del tratamiento
- Conseguir la adhesión al tratamiento
- Obtener una mejoría de la enfermedad (eficiencia)

El médico en sí es terapéutico (1). Al entrar el paciente, inconscientemente por su cerero emocional, el médico empieza a catalogar y a construir un diagnóstico por la vía deductiva. También las decisiones médicas tienen un sustrato cognitivo y factores no cognitivos (2).

La práctica de cada médico está influenciada por su historia personal y la cultura de su comunidad de origen (3). Médicos muy “emocionales” en su vida personal suelen actuar así también con sus pacientes

El clima de la entrevista (tono o atmósfera) puede permitir la colaboración o al revés. Existen obstáculos para establecer el vínculo como: la prisa, la ansiedad, la distracción, la superficialidad, la tendencia a predicar, los prejuicios, la tendencia a dejar que el propio sistema de valores interfiera con la escucha.

El médico debe guardar la distancia interpersonal ideal que le permita actuar de manera efectiva. Debe ponerse atención al tuteo de entrada, sobre todo con personas mayores o con el sexo opuesto.

Bibliografía:

1. Ceitlin J. Relación médico paciente. Buenos Aires, 2000
2. Lugo E. Relación médico/paciente. Encuentro interpersonal. Ética y espiritualidad. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, 2001.
3. Pérez M.A. Relación persona enferma-agente de salud. In: Temas de Bioética, Imelda Martínez, El Lector 2017

Pacientes Difíciles y Pacientes Especiales

Dra. Noemí García

1. EL PACIENTE DIFÍCIL

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha descrito un tipo en particular de paciente que tiene como característica la de despertar malestar enojo y “odio” en el médico. Se los denomina de diferentes maneras: agujeros negros, difíciles, (heartsink., en el Reino Unido), problemáticos, antipáticos, frustrantes o inclusive odiosos.

Preferimos la palabra odioso debido a que parece más representativa de lo que el médico siente y a que las denominaciones “problemático”, “difícil” o “frustrante” pueden dar lugar a confusión con los pacientes que padecen problemas orgánicos de difícil resolución o manejo pero que no son necesariamente problemáticos en lo que a la relación médico-paciente se refiere, vale decir, no despiertan “odio” en el médico. Los pacientes odiosos son personas difíciles que se presentan exigiendo respuestas, que se quejan de los sistemas de salud, que les dicen a los médicos lo que tienen que hacer o pedir y que sobre utilizan las prestaciones médicas; en otras palabras, que no responden a las pautas del “buen enfermo”.

Existen diversas definiciones sobre los pacientes de trato difícil. Veamos por ejemplo la de O’Dowd, que los define como un grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir estrés en el médico y el equipo que los atienden. Por otro lado, Ellis dice que paciente difícil simplemente es aquel que consigue hacerte sentir ese desagradable nudo en el estómago cada vez que lees su nombre en el listado de pacientes del día. Martín lo define como la persona que provoca de forma habitual una sensación de angustia o rechazo en el profesional. Todas estas versiones como puede observarse, describen la capacidad de dichos pacientes para causar sensaciones displacenteras en los profesionales, tales como pérdida de control, autoridad o autoestima, aversión, temor, resentimiento, desesperación, enojo, frustración, desesperanza, aburrimiento, rechazo, agresividad, etc.

La importancia del reconocimiento de estos pacientes radica, por un lado, en la salud del médico, que se ve deteriorada si odia a los pacientes, y por otro, en la salud de los pacientes, que corren mayor riesgo de daños por iatrogenia, por sub prestación o sobre prestación.

QUE ES UN PACIENTE DIFÍCIL

- Aquel que consigue hacernos sentir un desagradable nudo en el estómago cada vez que leemos su nombre en el listado de pacientes del día.
- Aquel que entorpece la habilidad del clínico para establecer una relación terapéutica.
- Aquel que no asume el papel de paciente de acuerdo con lo que espera/desea el profesional y que tiene valores, creencias y expectativas diferentes de las del profesional.
- Aquel ante el cual el profesional experimenta de forma habitual emociones negativas, como ansiedad, enfado, tristeza o rechazo.
- Un grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir estrés en el médico y el equipo que los atienden.

Características comunes que suelen presentar estos pacientes

- Suele ser un frecuentador considerable.
- Acostumbra a sentirse insatisfecho con los servicios que recibe.
- Su presencia se percibe como negativa por el conjunto del equipo de salud.
- Presenta con más frecuencia trastornos mentales (somatización, ansiedad generalizada, depresión mayor, abuso de alcohol u otras dependencias).
- Suele presentar más problemas de salud crónicos y toma un mayor número de medicaciones que otros pacientes de igual sexo y edad.
- Suele presentar más síntomas y mayor afectación funcional.
- Suele generar mayor número de exploraciones complementarias, derivaciones a especialistas y gastos en la prescripción.
- Presenta sus problemas (crónicos y agudos) de forma más compleja, inusual y variada en cuanto a sus términos de referencia.
- Sus elementos de soporte y contención social (familia, trabajo, relaciones, etc.) son escasos o, en todo caso, conflictivos.
- Suele ser fiel a sus profesionales de referencia, negándose a cambiar de cupo en las ocasiones en que éstos se lo han propuesto.

ENFOQUE TERAPÉUTICO

En el ámbito de la atención médica primaria, uno de cada seis pacientes que se atiendan puede reunir estas características. Por lo tanto el primer motivo que obliga a reflexionar sobre el tema es la salud del propio médico: es mejor mantener una relación buena con los pacientes que una mala relación, ya que eso nace más satisfactorio

El segundo motivo, no menos importante, es la salud de los pacientes. Estos se exponen a múltiples estudios, con el riesgo del daño iatrogénico que esto conlleva. Entonces, para evitar ser el causante de mayor enfermedad, es mejor aprender a tratarlos que someterlos a estudios y enfermarlos.

No existe un tratamiento determinado para todos los pacientes odiosos, sino un enfoque que mejore la relación médico-paciente. Podemos plantear dos estrategias: una entrada en la formación del médico y otra, con especificidad, en la consulta.

Como el diagnóstico de estos pacientes surge a partir de una sensación o emoción propia del médico, hay que tener muy en cuenta el entrenamiento de los profesionales en esta área. Los médicos de atención primaria deberían tener ámbitos de discusión de pacientes familias con supervisión de médicos de familia con entrenamiento salud mental y/o con psicoterapeutas que posean experiencia en familias y en atención primaria.

Con respecto al enfoque en la consulta, es difícil decir que es lo que hay que hacer. Sin embargo, podemos intentar agrupar una serie de recomendaciones que tienden a mejorar la atención de este grupo de pacientes, aliviando el trabajo del médico y disminuyendo el daño iatrogénico.

Recomendaciones para el enfoque terapéutico:

- *Descartar las patologías "orgánicas"*
- *Adoptar una actitud evaluativa*
- *Aceptar los sentimientos que el paciente genera en nosotros*
- *Hacer un diagnóstico de la personalidad del paciente y/o de sus trastornos mentales subyacentes.*
- *Intentar citar a la familia*
- *Cronograma regular de citas*
- *Focalizar el problema*
- *No definir problemas como enteramente psicológicos*
- *Evitar el furor de curar*
- *Evitar las indicaciones intempestivas de psicoterapia*
- *Evitar pelearse con los pacientes*
- *Encontrar el lado atractivo del paciente*

MOTIVOS QUE DIFICULTAN LA RELACIÓN CON DETERMINADOS PACIENTES

Factores derivados del paciente

1. Patología que presenta:

Puede ser una enfermedad complicada por su gravedad o por otros problemas

añadidos: SIDA, cáncer, afectación emocional intensa, pérdida de autonomía del

paciente. Síntomas confusos difíciles de catalogar o difíciles de expresar por el paciente, bien sea por miedo a un padecimiento grave o por miedo a tratamientos agresivos o simplemente por miedo a no saber expresarse.

Problema mental no identificado o mal manejado.

2. Personalidad del paciente:

- Habitualmente no la podremos cambiar. Debemos aceptarla.
- Alteraciones psicológicas transitorias o permanentes que pueden complicar el trato e incluso molestar al profesional.
- Características físicas (higiene, vestido, etc.).
- Barreras comunicacionales o socioculturales.
- Opiniones o creencias contrapuestas con las nuestras.

3. Circunstancias en que se desenvuelve el paciente:

- Situación socioeconómica deficiente que impide el cumplimiento de opciones terapéuticas.
- Nivel cultural y profesional elevado.
- Entorno íntimo, social y /o familiar problemático.
- Experiencias previas negativas con el sistema sanitario.

Factores relacionados con el profesional

1. Personalidad y profesional:

- Alteraciones de la propia salud. Problemas familiares.
- Múltiples quehaceres que llevan a manifestar prisa.
- Temperamento o carácter difícil.
- Actitudes profesionales disfunciones.
- Barreras comunicacionales o socioculturales.

2. Circunstancias en las que se desenvuelve:

- Estrés e insatisfacción laboral.
- Experiencias negativas en relación con pacientes.
- Discontinuidad de la atención.
- Dificultad en el abordaje de contenidos psicosociales.
- Falta de actitud positiva hacia salud mental.

Factores relacionados con el entorno

1. Características físicas y organizativas del centro:

- Áreas de recepción y circuitos inapropiados, no centrados en el usuario.
- Tiempos excesivos de espera.
- Interrupciones frecuentes en la consulta.
- Fallos reiterados en cuestiones burocráticas.
- Problemas en la sociodemografía de la comunidad atendida.

2. PACIENTES ESPECIALES

Los términos de celebridades, personas importantes y/o poderosas se utiliza muchas veces de manera indistinta, pero existen ciertas diferencias entre ellos.

Las diferencias entre estos tres grupos están basadas en las reacciones del grupo médico a cada uno de ellos. No es igual reacción frente a las cámaras de TV y los medios (celebridades) que ante un sujeto a quien el grupo médico respeta en demasía (personas importantes) o frente a los que intentan demostrar poder y a los que el grupo médico no respeta per se (poderosos).

Las circunstancias en las que una persona accede a la asistencia médica también pueden complicar el proceso de atención. Mencionamos como ejemplo las heridas o situaciones clínicas producidas en robos y/o lesiones no intencionales (antes accidentes) que tienen cobertura periodística masiva en los medios de comunicación y que, por este último motivo, pueden condicionar la forma de atención por parte del grupo médico.

CELEBRIDADES

Podríamos definir a una celebridad como una persona cuya vida le interesa al público. Esto significa que es un individuo observado por los demás de una manera más o menos constante o que hace de esa exposición su trabajo. Los médicos y el equipo de salud están acostumbrados a trabajar en forma reservada o “no expuesta” y la confidencialidad forma parte de la relación médico-paciente. En líneas generales, se puede decir que no están entrenados para hacer en público lo que habitualmente hacen en privado, como por ejemplo, comunicar explicaciones causales, pronósticos, malas noticias. Diferentes alternativas terapéuticas, etc.

Cuadro

Subtipos de Celebridades

- Actores o actrices
- Personas del mundo del espectáculo
- Músicos conocidos
- Políticos Nacionales o de nivel local
- Jueces
- Líderes Militares
- Criminales Famosos
- Familiares de Víctimas de hechos delictivos
- Deportistas
- Jefes de grupos criminales (Mafias) conocidos
- Diplomáticos
- Millonarios Conocidos
- Empresarios
- Sindicalistas

Entonces, el problema que se plantea en la atención de las celebridades (con su entorno y los medios de comunicación) es que se ve alterada la privacidad del médico y del equipo.

El médico necesita que la celebridad ratifique en caso de tener que informar a los medios de comunicación, quienes serían las únicas que tengan la autorización para brindar el informe oficial.

PERSONAS IMPORTANTES

Este grupo incluye a los sujetos que son muy importantes en ciertas situaciones, pero que no generan el interés del público ni de los medios de comunicación. La característica más destacada es que son personas que imponen o generan respeto, sea por sus antecedentes personales o académicos, o por su relación con el personal de salud. El caso paradigmático es el **médico que es atendido en su propia institución**.

Como resultado del excesivo respeto hacia algunos pacientes o frente al miedo que produce la identificación con el paciente, que en este caso es un colega, los médicos pueden tomar demasiada distancia de la situación. Por otra parte, cuando un médico se enferma no acepta fácilmente el lugar de enfermo o de paciente. A partir de estas actitudes, el paciente emite señales confusas que el médico tratante, que ya está ansioso, no puede dosificar correctamente. Como resultado,

puede ocurrir que solicite estudios complementarios en exceso o bien, peque por lo contrario.

Por último, podemos señalar que por los privilegios con que cuenta este paciente en particular, puede romper la cadena de mando en lo que se refiere a los procedimientos diagnósticos y a los tratamientos indicados por el equipo tratante.

Desviaciones de los tratamientos en los cuidados de pacientes importantes

- No se pregunta por la posibilidad de abuso de sustancias; drogas o alcohol
- No se habla de determinados temas como la muerte, “no reanimar” o la calidad de vida enfermedades terminales
- Las sensaciones de vergüenza y miedo pueden alterar la escucha de los médicos tratantes
- No se interroga acerca de síntomas psiquiátricos para no “insultar” al paciente
- Se evitan ciertos estudios por no incomodar al paciente (ej. Sangre oculta en la materia fecal)
- No se habla sobre temas relacionados con la sexualidad del paciente.

PACIENTES PODEROSOS O “POTENTADOS”

Estos pacientes se “sienten” importantes pero no generan el respeto de los médicos y/o la atención de los medios de comunicación. La disfunción no proviene de la irrupción de los medios en la intimidad de la relación médico-paciente ni tampoco surge de la identificación excesiva con el paciente.

Es importante estar preparado para esta situación, sea por conocimiento previo del paciente o percibiendo y reconociendo las sensaciones propias frente a estas “agresiones”

Según Groves y cols., han sido propuestos dos abordajes extremos:

1) Como estrategia para aliviar la tensión que generan en el equipo tratante, hacerlos sentir importantísimos; 2) demostrarles que frente al médico son iguales al resto de las personas y que deben aceptar los límites y las reglas de juego de la atención médica.

CONCLUSIONES

El componente subjetivo del que forman parte nuestras emociones y sentimientos, es lo que hace que unos pacientes nos caigan bien y otros despierten sensaciones negativas, dentro de las interacciones humanas que diariamente llevamos a cabo en nuestras consultas.

Tomar conciencia de los sentimientos propios frente a los pacientes y/o su entorno, tratar de anticiparse teniendo en cuenta quien es el paciente y qué lugar ocupa frente a uno y a la organización tratante, atenerse lo más posible a los protocolos, normas o guías de abordaje de los

diferentes síndromes clínicos y, por supuesto, supervisar el manejo de estos casos, todo lo necesario o por lo menos, todo lo posible, tratando de compartir las responsabilidades, puede ayudar a encarar la atención de los pacientes “especiales”

Estas sensaciones displacenteras que se percibe entre los profesionales se traducen en pérdida de control, autoridad o autoestima, aversión, temor, resentimiento, desesperación, enojo, frustración, desesperanza, aburrimiento, rechazo, agresividad, etc.,

No es posible cambiar al paciente difícil o problemático, ni su enfermedad o sus circunstancias, pero sí podemos mejorar nuestro modo de afrontarlo (de fondo, no sólo de forma)..

Si la situación se hace insoportable, se puede romper la relación clínica (puesto que el respeto ha de ser mutuo), indicando al paciente la conveniencia de elegir otro profesional.

No existe un tratamiento determinado para todos pacientes difíciles sino un enfoque que mejore la relación médico-paciente.

Las conductas a tomar dependen del arte de establecer con el paciente.

- El citar al paciente regularmente permite que este se sienta cuidado y no enfermo y, a su vez, evita que tenga que plantear un problema de salud o un nuevo estudio que sirvan de ver al médico.
- Es importante pautar y acordar la agenda de las entrevistas y focalizar el problema a trabajar.
- Es conveniente no plantear que los problemas son enteramente psicológicos.
- Es importante mejorar la formación de los médicos en la detección: de problemas psicosociales, en estrategias para el manejo de los somatizaciones y en la comunicación para lograr la comprensión y la empatía con los pacientes.
- La entrevista con la familia ayuda para el tratamiento específico del paciente y para que la familia se haga cargo del él, así se evita la sobrecarga de los médicos y del sistema.

Bibliografía

- 1- FMC. *Formación Médica continuada en Atención Primaria*, 2013-05-01, Volumen 20, Páginas 9-43
- 2- J. Ágreda¹, E. Yanguas. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. ANALES Sis San Navarra 2001, Vol. 24, Suplemento 2. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5899/4754>
- 3- Servicio de Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 3ra Edición. Interamericana. 2016
- 4- Barsky J, Borus J. Functional Somatic Syndromes *Annals of Internal Medicine*. 1999;30:910-21p.
- 5- Coulehan J, Block M. The medical interview: a primer for students of the art. Chapter 10. The difficult interview. *Personality styles and feelings*. 2nd.ed.227-50 p.

- 6- Coulehan J, Block M. The medical interview: a primer for students of the art. Chapter 11. The difficult interview: somatization. 2nd. ed.251-63 p.
- 7- Frances A, Pincus H, First M. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales. Pichot P, coordinador de la edición Española. Masson; 1995.
- 8- Jackson J, Kroenke K. Difficult patients encounters in the ambulatory clinic. Clinical predictors and outcomes. Arch Intern Med 1999;159:1069:1075.
- 9- Putnam S, Lipkin M Jr, Lazare A, Kaplan C, Drossman D. Personality Styles. Cap. 21. En: Putnam S, Lipkin M Jr, Lazare A editors. The medical interview. Springer-Verlag. 251-74 p.
- 10- Block Aj. Beware of VIP syndrome. Chest 1993;104:989.
- 11- Groves James E, Dunderdale B, Stern T. Celebrity Patients, VIPs and potentates Primary Care Comparison. Clin Psychiatry. 4(6):215-23.
- 12- Kucharski A. Oa beng sick and famous. Political Psychol. 1984;5:21-69.
- 13- Robbins GF, Mac Donald MC, Pack GT. Delay in the diagnosis and treatment of physician with cancer. Cancer. 1953;6:624-26. Stondemire A, Rhoads JM. When a doctor needs a doctor: special considerations for the physician-patient. Ann Int Med 1983;98:354-659.

CAPÍTULO XXII

Como dar Bien Malas Noticias en el Contexto de la Medicina Familiar y de la Atención Primaria de Salud

Dra. Maria Inez Padula Anderson

“La comunicación de malas noticias no es una habilidad opcional; es una parte esencial de la práctica profesional”

Kelly, Corcoran, Kiran, 2003

OBJETIVOS DE ESTE CAPITULO:

- Reflexionar sobre las situaciones más comunes asociadas a malas noticias en la práctica de la medicina familiar y de la atención primaria de salud;
- Destacar los puntos más sensibles para los pacientes y los médicos y que hacen parte de los desafíos de dar malas noticias
- Presentar estrategias de comunicación que facilitan el momento de dar malas noticias.
- Presentar un protocolo práctico y dinámico de 6 (seis) pasos, descrito por Baile y Buckman que puede ser de utilidad para esta finalidad.

Introduccion

Paula, de 18 años, tiene signos y síntomas de embarazo. Usted atiende en la consulta a Paula desde la niñez pero, hace años, ella no viene a la Clínica. En la consulta Paula no tiene idea que puede estar embarazada. Está preocupada porque va a empezar un nuevo empleo, después de mucho esperar. Piensa que está con un problema gástrico.

Claudio, hijo de Doña Cristina, de 21 años, es traído por la madre para hacer exámenes de “enfermedades sexuales”. Usted le solicita pruebas rápidas y el resultado del VIH es positivo.

Joana tiene 54 años. Después de la muerte de la madre, por complicaciones de Diabetes hace cinco años, Joana engordó mucho y no consigue adelgazar. En una consulta de seguimiento le solicita Glicemia en ayunas cuyo resultado es de 160 mg/dl, valores que se repiten en otra oportunidad. Joana, visiblemente consternada, pregunta si es diabética como su madre lo fue.

Doña Catarina llega en la consulta acompañada por su hija, Cristina que está muy ansiosa porque ayer, su madre se había perdido en la calle. Un vecino había encontrado Doña Catarina, que no sabía como volver a su casa. Cristina vive en otra ciudad, asiste a su madre, pero a la distancia. Usted, después de examinar Doña Catarina, está seguro que el diagnóstico es Enfermedad de Alzheimer.

Cristina y Henrique deciden, finalmente, tener un hijo, después de 7 años de casados. Después de más de 6 meses de exámenes y tentativas, se llega a la conclusión que Cristina tiene un problema y no podrá quedar embarazada. Usted debe dar esta información a la pareja.

MALAS NOTICIAS EN MEDICINA FAMILIAR Y EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

De un modo general, se piensa que malas noticias están relacionadas con diagnósticos o con pronósticos más reservados, que ocurren en los hospitales y centros de terapia intensiva, como en los casos de personas en coma, con traumas graves, situaciones, en fin, que amenazan la vida. Y, de hecho, estas son situaciones límites y movilizan fuertes emociones y elevados grados de sufrimiento.

Pero, todas las situaciones clínicas ejemplificadas arriba son frecuentes en la práctica de la medicina familiar y son respecto a dar malas noticias, aunque no siempre estamos conscientes y atentos a eso. Por eso, en la MF y en la APS necesitamos estar atentos para los variados tipos de “malas noticias” que suelen ocurrir. Como en los ejemplos citados, somos nosotros los que solicitamos y/o informamos sobre un examen que corrobora un diagnóstico de diabetes, de SIDA, de un embarazo no planeado, de un cáncer, de la gran mayoría de enfermedades crónicas, mismo una información de la necesidad de una cirugía en el período del casamiento de una hija. Todas son situaciones que van quebrar expectativas y exigir cambios “negativos” en la vida de la persona y/o de sus familias. Si no debidamente entendidas como malas noticias por los profesionales de salud, pueden ser descuidadas en las consultas y desencadenar reacciones que pueden afectar a las personas de diferentes modos, incluyendo la no adhesión al tratamiento o, mismo, entrar en sufrimiento psíquico (García Díaz, 2006).

Debemos, por lo tanto, y en primer lugar, estar atentos para este tema y en segundo desarrollar una sensibilidad y una curiosidad genuina para identificar lo que podría ser una mala noticia para la persona que cuidamos. Para evaluar si una situación es o puede ser una mala noticia para determinada persona, es necesario basarse en los valores de la persona, de la familia, de la comunidad (y no en nuestros propios valores). Los factores habitualmente asociados con la manera por la cual una persona/paciente va a reaccionar ante una determinada información o situación va a depender de su personalidad, sus creencias religiosas, si tiene o no apoyo familiar o de amigos para lidiar con la situación, además de los valores de la sociedad a su alrededor. Es por tanto un fenómeno individual modulado en la perspectiva sociocultural. Considerando desde una mirada de la Atención Primaria, y en el caso de los médicos de familia, este fenómeno llama la atención para uno de los atributos de la AP: la competencia cultural. En nuestras sociedades, cada vez más multiculturales, la competencia cultural tiene una importancia creciente. (García Díaz F. 2006).

Vale acordar que una mala noticia es una que altera negativamente la perspectiva del paciente/persona y/o su familia en relación con su futuro, su vida. En el momento que uno recibe una mala noticia suele

ocurrir un desajuste emocional o de comportamiento que puede persistir después de que la mala noticia es recibida. Como ha ejemplificado García Díaz (2006) en su artículo sobre la vivencia recordada en las memorias del ciclista Lance Armstrong del día en que recibió la noticia de que padecía un cáncer testicular metastático: «Yo salí de casa esa mañana del 2 de octubre de 1996 siendo una persona y regresé siendo otra muy distinta». Los momentos de recibir una mala noticia son tan impactantes que, muchas veces, las personas que la reciben suelen no olvidar dónde, cuándo y cómo se les informó de ella.

¿POR QUÉ TEMEMOS DAR MALAS NOTICIAS?

“La cuestión no consiste, efectivamente, en saber si conviene o no decirle la verdad.

Pero en la manera de compartir con él tal conocimiento, cómo permitirle que nos diga lo que sabe, que comparta con nosotros lo que siente.

Marie Hennezel, 2004

En el ámbito de la Atención Primaria, los temores que los profesionales más frecuentemente podrían presentar serían 3 (García Díaz, 2006):

1. Temor a causar sufrimiento al paciente y/o su familia. Esto puede llevar al profesional ser evasivo en sus informaciones o de minimizar la gravedad de los hechos. En este punto vale acordar dos cosas: (a) estudios evidencian que la mayor parte de los pacientes desea saber su diagnóstico. (b) lamentablemente, no se puede aliviar el dolor que provoca una mala noticia.
2. Miedo a la reacción negativa del paciente. El paciente puede tener reacciones impactantes como quedar en silencio, no expresar ninguna emoción, llorar, reclamar, decir que no cree en lo que el médico informa; dudar, negar, en fin, tener alguna actitud “negativa” y el profesional no sabe que hacer. En la mayoría de las veces lo que debemos hacer es estar allí, y acoger sus reacciones con respeto y comprensión.
3. Temor a expresar las propias emociones: los profesionales de la salud, especialmente los médicos tenemos dificultades en expresar sentimientos ante los pacientes. Somos entrenados para mantenernos lejos, sin mucha proximidad con los pacientes, pensar de forma objetiva y lógica. Así, una mayoría de médicos consideran que tener una reacción emocional es poco profesional y afectaría negativamente su «imagen» frente al paciente o la familia.

Vale aún pensar en estos otros sentimientos que pueden llevar a dificultades en dar más noticias

- la incertidumbre sobre las expectativas del paciente;
- miedo de destruir la esperanza del paciente;
- miedo de su propia inadecuación frente a la enfermedad incontrolable;
- no sentirse preparado para lidiar con las reacciones emocionales anticipadas de los pacientes,
- y vergüenza de haber previamente proyectado un cuadro excesivamente optimista para el paciente.

Entretanto, las principales quejas de los pacientes acerca de cómo sus médicos les informan malas noticias, son la incapacidad del médico en escuchar sus angustias y dudas y el uso excesivo de siglas o palabras técnicas, propias de la medicina. Así, ser empático con el paciente, tener una participación emocional del médico, facilitan la expresión de los sentimientos, y quiebran barreras de comunicación (Kolling M, 2013; Sparks L et al, 2007),

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE APRENDER A DAR MALAS NOTICIAS?

Comunicar malas noticias es una tarea reconocidamente difícil que hace parte de la práctica cotidiana de todos los médicos, pero ha sido considerada como una competencia menor cuando es comparada con otros aspectos técnicos de la práctica médica. De una manera general, no se aprende a dar bien malas noticias en los cursos de pregrado y posgrado.

Así es que muchos profesionales no se sienten preparados para esta tarea, lo que frecuentemente provoca ansiedad y tensión, y acaba por dejar por cuenta del sentido común los caminos de lidiar con estas situaciones. Por otro lado, hay situaciones en las cuales muchos médicos no perciben que están dando una mala noticia y, en estos casos, el sufrimiento generado acomete más a la persona que recibe la mala noticia. En ambos los casos, se impacta negativamente en la relación de confianza entre médico-persona-familia, provocando recelos, desencuentros, quejas y en casos más extremos, demandas legales.

Es importante también que podamos contribuir para evitar la Conspiración del Silencio, que son situaciones más comunes de lo que pensamos y que ocurren cuando:

Todos saben que el otro sabe, pero nadie se encuentra en condiciones de conversar abiertamente con el principal involucrado- el enfermo- imponiendo a este la única salida posible: el aislamiento, como ha sido descrito por Marie de Hennezel en *El Arte de Morir, El Diálogo con la Muerte*. (Hennezel M, 2004)

Mejorar las habilidades de comunicación y aprender a dar malas noticias tiene, por tanto, ventajas y un impacto positivo tanto para el profesional, como en el paciente/persona/familia. (Farber NJ; Urban SY; Collier, 2002; Almanza-Muños, Holland et al, 1999).

Resumiendo:

- Fortalece la relación médico-paciente;
- Reduce la incertidumbre de la situación vivida por el paciente;
- Ofrece una dirección al enfermo y su familia
- Minimiza sentimientos de aislamiento, soledad y miedo
- Atiende el deseo de la gran mayoría de las personas que desea saber.

ALGUNAS INFORMACIONES RELEVANTES

“La decisión de callar el diagnóstico no hace desaparecer la verdad. Es ésta y no la experiencia desagradable de ser informado, lo que va a consternar al enfermo.

Marcos G. Sancho

El tema de dar malas noticias puede ser facilitado por el uso de diversas informaciones y estrategias que vamos a presentar a continuación.

La primera es que muchos pacientes ya tienen una idea de la gravedad de su enfermedad y de las limitaciones del tratamiento pero tienen miedo de traer esto a la superficie o preguntar sobre los resultados.

Explorar el conocimiento de los pacientes, expectativas y esperanzas (sobre el diagnóstico o tratamiento permitirá al médico saber dónde el paciente está e iniciar la discusión a partir de ese punto.

Es importante comprender las preocupaciones que cada paciente tiene acerca de su situación. Pueden ser distintos de los que pensamos.

Por ejemplo:

¿Cómo voy a controlar los síntomas?

¿Voy a recibir el mejor tratamiento posible?

¿Cómo voy a decir eso a mi familia?

¿Cómo voy a cuidar de mis hijos?

¿CÓMO SE DEBEN COMUNICAR LAS MALAS NOTICIAS EN MEDICINA?

Aunque haga otras estrategias, vamos a utilizar en este capítulo las orientaciones sistematizadas por Walter F. Baile y Robert Buckman (2000). Estos oncólogos, basándose en encuestas y en la propia experiencia elaboraron un protocolo de actuación, organizado en seis etapas, para guiar con éxito a los profesionales en el momento de dar una mala noticia.

En inglés, y para facilitar la memorización, los autores crearon una sigla con las primeras letras de la palabra que empieza cada paso. Este protocolo puede ser reconocido por la sigla **SPYKES** (1º -Setting up the interview; 2º - Perception; 3º - Invitation; 4º Knowledge; 5º - Explore Emotions; 6º Strategy and Summary).

En español vamos a adaptarlo como **ADIDER**: 1º) Arreglando la entrevista; 2º) Descubriendo qué el paciente sabe; 3º) Invitando al paciente a decir lo que desea saber; 4º) Dando a conocer al paciente; 5º) Explorando las emociones; 6º) Resumiendo y estableciendo una estrategia (Ver Figura 1)

ETAPA 1: ARREGLANDO LA ENTREVISTA

Ensayar mentalmente (o dramatizando) es una manera útil de prepararse para una tarea estresante.

Revisar el plan para contar al paciente y cómo se va a responder a las reacciones emocionales del paciente o a las preguntas difíciles.

Prepararse para sentir sentimientos negativos si el paciente tuviera una reacción emocional difícil.

Reunir toda la información disponible del enfermo y de su enfermedad.

Busque un ambiente con privacidad; apague el teléfono.

Involucrar a otras personas (si es necesario y deseo del paciente).

Evitar barreras físicas (como mesa y sillas) entre el médico y el paciente.

Conectar con el paciente - Mantener contacto visual

Recuerde que:

Aunque las malas noticias puedan ser tristes, la información sobre la situación suele ser importante para que para los pacientes puedan planificarse para el presente y para el futuro.

ETAPA 2: PERCIBIENDO QUÉ LA PERSONA/PACIENTE SABE ACERCA DE LA REALIZACIÓN DE UN EXAMEN O DIAGNÓSTICO

REGLA DE ORO:

Antes de informar, pregunte.

Haga preguntas abiertas para saber cómo el paciente percibe su situación clínica. Aquí también, vale acordar, que tenemos una excelente oportunidad en la atención primaria para saber con antelación las expectativas de los pacientes en relación a un posible examen y/o diagnóstico.

- ¿Cuál es su comprensión de por qué solicitamos estos exámenes?
- ¿Qué sabes sobre la diabetes y la necesidad de tomar insulina?
- ¿Qué se le ha dicho sobre su cuadro clínico hasta ahora?

Permite identificar si la persona está:

- en fase de negación acerca de su situación/ enfermedad;
- con pensamiento mágico o basado en hechos sin sustento científico;
- con deseos que se omita detalles médicos esenciales pero desfavorables sobre la enfermedad,
- tiene expectativas no realistas del tratamiento
- desea saber sobre su condición clínica.

ETAPA 3 - INVITANDO AL PACIENTE A DECIR LO QUE DESEA SABER

La mayoría de los pacientes / personas expresan el deseo de tener plenas informaciones sobre su estado de salud, resultado de exámenes, etc.

Pero, en el ámbito de la práctica ambulatoria muchas veces perdemos la oportunidad de “educar” y empoderar al paciente acerca de sus condiciones de salud, una vez que continuamos a pedir exámenes o a prescribir medicinas sin preguntar y sin saber cual es el entendimiento del paciente acerca de lo que estamos haciendo. Podemos apoyar el paciente y también a nuestra práctica si, desde siempre, compartimos información y responsabilidades.

Cómo hacer?

Buscar desde el principio, incentivar al paciente la importancia de conocer y estar de acuerdo con los exámenes y terapéutica.
Preguntar qué tipo de información sobre el diagnóstico, el pronóstico y los detalles de los tratamientos desea tener.

Por ejemplo:

¿Cómo le gustaría que le informara el resultado de este examen?

En las situaciones donde el diagnóstico fuera más reservado preguntar

¿Quisiera saber detalles del resultado o prefiere que habláramos más del plan de tratamiento?

REGLA DE ORO:

Ofrecerse para responder a cualquier pregunta o para hablar con familiares o amigos, en cualquier momento puede disminuir el impacto de la transmisión de las noticias y puede facilitar el procesamiento de la información.

ETAPA 4: DANDO A CONOCER AL PACIENTE

Para las situaciones que, sabidamente, las noticias no son buenas, es importante avisar al paciente que malas noticias están por venir. Eso puede disminuir el impacto y facilitar el procesamiento de la información. Por ejemplo:

- “Desgraciadamente, las noticias no son tan buenas como me gustaría
- Acorde de usar palabras del universo del paciente (muestra del tejido / tumor en lugar de biopsia)
- No ayuda en nada una dureza excesiva: “Usted tiene un cáncer muy agresivo y va a morir pronto ...”

REGLA DE ORO:

Nunca diga:

“No hay nada que yo (o la medicina) pueden hacer por el señor/a.”

Mismo porque, las expectativas terapéuticas del paciente pueden estar dirigidas para otra cuestión distinta, como por ejemplo el control del dolor o de los síntomas

ETAPA 5: EXPLORANDO LAS EMOCIONES

Las reacciones emocionales de los pacientes pueden variar del silencio a la incredulidad, el llanto, la negación o la rabia.

- Cuando los pacientes oyen malas noticias su reacción emocional es a menudo una expresión de choque, aislamiento y dolor.
- En esta situación el médico puede ofrecer apoyo y solidaridad al paciente con una respuesta afectiva.

Busque observar e identificar la emoción del paciente: pueden ser lágrimas, una mirada de tristeza, silencio o choque.

Utilice preguntas abiertas para saber lo que está pensando y sintiendo. Busque identificar la razón de esta emoción. Generalmente está ligada a la mala noticia. Pero, puede que no sea. Si no estás seguro, pregunte. Permita al paciente un breve período de tiempo para expresar sus sentimientos;

Hágalo saber que Usted está percibiendo sus sentimientos haciendo una afirmativa (gesto) al respecto.

Por ejemplo:

Médico:

- Siento decir que el examen muestra que no podrás quedar embarazada.

Paciente:

- Era lo que temía! [llora]

Médico:

- Yo sé que eso no es lo que quería oír. Me gustaría que las noticias fueran mejores.

Estos tipos de expresión pueden ser una muestra de apoyo y permiten al paciente saber que sus sentimientos son válidos.

Cuando las emociones no se expresan claramente, o cuando el paciente permanece callado, el médico debe hacer una pregunta exploratoria antes de dar una respuesta afectiva.

Es importante saber que los pacientes miran a sus médicos como una de las más importantes fuentes de apoyo psicológico.

Es importante que tengamos en la cabeza algunas afirmativas afectivas, exploratorias y validadoras para utilizar en estos momentos. Es una de las maneras más poderosas de proveer este soporte psicológico porque reduce el aislamiento del paciente, expresa solidaridad, y valida los sentimientos del paciente o sus pensamientos como normales y esperados.

Abajo algunos ejemplos:

Afirmaciones Afectivas

“Puedo ver cómo te entristece”

“Percibo que usted no esperaba por eso”

“Sé que esta no es una buena noticia para ti”

“Siento tener que decirle eso”

“Esto también es muy difícil para mí “

“Yo también esperaba un resultado mejor”

Preguntas exploratorias

¿Qué quieres decir?

“Cuéntame más sobre esto”

“¿Podría explicar lo que quiere decir?”

“¿Usted dijo que esto le asustaba?”

¿Puedes decirme lo que te preocupa?

“Usted me había dicho que se preocupaba por sus hijos. Hable conmigo más acerca de eso”.

Afirmaciones de validación

“Puedo entender cómo te sientes “

“Me imagino que cualquiera tendría la misma reacción”

“Usted estaba en lo correcto en pensar de esta manera”

“Sí, su comprensión sobre los motivos para los exámenes es muy buena”

“Muchos otros pacientes tuvieron una experiencia similar “

ETAPA 6: RESUMIENDO Y ESTABLECIENDO UNA ESTRATEGIA

Los pacientes que tienen un plan claro para el futuro tienen menos probabilidades de sentirse ansiosos e inseguros.

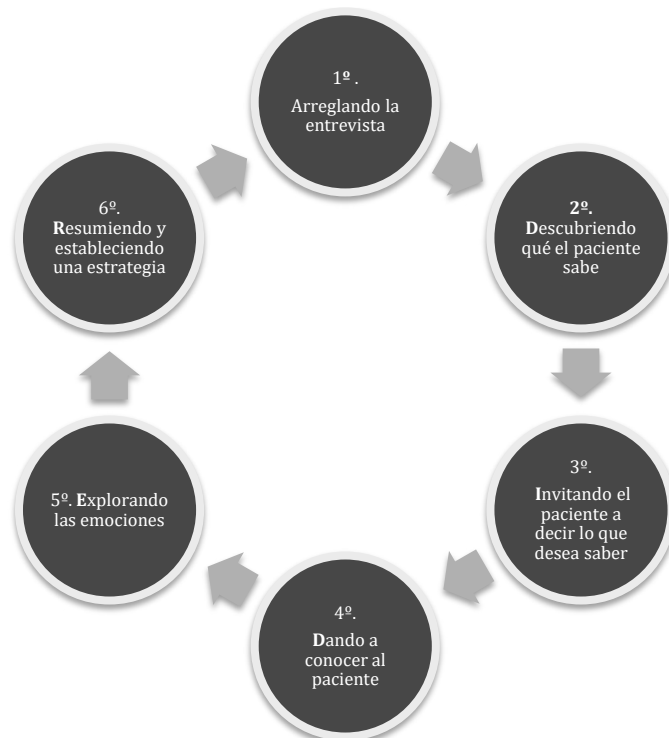
Antes de discutir un plan de tratamiento, es importante:

- preguntar a los pacientes si están listos para esta discusión
- y si éste es el momento.

Vale acordar que:

- Presentar opciones de tratamiento para los pacientes es una obligación legal y también permite que el paciente vea sus deseos como importantes.
- Compartir responsabilidades en la toma de decisión con el paciente puede también reducir sensación de fracaso de parte del médico cuando el tratamiento no es exitoso.
- Evaluar el no entendimiento del paciente sobre la situación puede prevenir la tendencia de los pacientes sobreestimar la eficacia o no comprender el propósito del tratamiento

Figura 1: Los seis pasos del protocolo ADIDER (SPYKES)



CONCLUSIÓN

En el contexto de la Medicina Familiar y de la Atención Primaria de Salud, hay una diversidad de situaciones clínicas respecto a dar malas noticias, aunque no siempre estamos conscientes y atentos a eso. Por eso, es importante saber identificar lo que puede significar una mala noticia para las personas que cuidamos. En este sentido, debemos valorizar la empatía, conociendo y reconociendo los valores culturales de las familias y de la comunidad que están a nuestro cuidado.

Vale acordar que la Atención Primaria es un espacio de educación en salud y que podemos, desde siempre, como en el momento de solicitar un simple examen de sangre, preguntar al paciente si él sabe porque estamos solicitando tal examen y cuales son sus expectativas con el resultado. Procediendo así, será mucho más sencillo saber cómo y el que hablar cuando sea necesario solicitar algún otro examen o procedimiento más complejo, o comunicar un diagnóstico más grave.

El protocolo ADIDER (SPYKES) puede ayudar en estos procesos, asimismo las afirmativas afectivas, exploratorias y validadoras pueden ser un recurso cuando no sabemos qué decir o como proseguir.

Referencias Bibliográficas

- Almanza-Muños, MJJ; Holland, CJ. La comunicación de las malas noticias en la relación medico-paciente. III. Guía clínica práctica basada en evidencia 1999; 53(3): 220-224 – accesado en 03/05/2018 <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2003/nnp034b.pdf>
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Applications to the patients with cancer. *The Oncologist*. 2000;5:302-11.
- Barnett MM1, Fisher JD, Cooke H, James PR, Dale J. Breaking bad news: consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. *Med Educ*. 2007 Oct;41(10):947-56. Epub 2007 Aug 22. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.2007.02832.x>
- Farber NJ; Urban SY; Collier VU et all, The Good News About Giving Bad News to Patients - *J Gen Intern Med*. 2002 Dec; 17(12): 914–922. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.20420. accesado en 03/05/2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495144>
- García Díaz F.. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med. Intensiva [Internet]*. 2006 Dic [citado 2018 Abr 28] ; 30(9): 452-459. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000900006&lng=es.
- Hennezel M. A morte íntima, Editora: Ideias & Letras, 2004
- Kelly S, Corcoran B, Kiran Kaur K et all, Breaking Bad News - Regional Guidelines, National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, Department of Health, Social Services and Public Safety, Belfast, 2003, accesado en 30/03/2018 - http://www.hscbereavementnetwork.hscni.net/wp-content/uploads/2014/05/Breaking_Bad_News.-Regional-Guidelines-2003.pdf

Kolling MG, Método Clínico Centrado na Pessoa in DUNCAN B., SCHMIDT I, GIUGLIANI E., DUNCAN SCHMIDT J, , GIUGLIANI Ca. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências, 4th Edition. ArtMed, 2013.

Sancho M. Cómo dar malas noticias en medicina, España, 2016

Sparks L, Melinda M. Villagran JP. A Patient-centered Approach to Breaking Bad News: Communication Guidelines for Health Care Providers, Journal of Applied Communication Research, 35:2, 177, 2007-196, DOI: 10.1080/00909880701262997 acesado en 28 de marzo de 2018.

CAPÍTULO XXIII

Medicina Basada en la Evidencia

Dra. Diana Yuruhán Mohrbach

La Medicina avanza a pasos agigantados conduciendo a un cambio de actitudes en la práctica médica y a una necesidad constante de actualización, requiriéndose de evidencia suficiente y de jerarquía para adaptarla a los mencionados cambios. Esa misma práctica genera incertidumbre en los que la practicamos debido al conocimiento del cierto grado de variabilidad de la misma

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es el cuidado de los pacientes realizado usando la mejor evidencia disponible resultante de la investigación a través de guías médicas. Es considerada como una serie de actitudes tomadas en la práctica y en el aprendizaje de la medicina que ofrece una visión con la meta principal de ofrecer al paciente y a su familia y entorno la mejor calidad posible en la atención usando las estrategias diagnósticas y de tratamiento más efectivas con los recursos disponibles.

Su estrategia se basa en el aprendizaje de una metodología de búsqueda, de aplicación de información científica, de protocolos y guías.

Respaldan este concepto:

- La vasta y creciente evidencia de decisiones clínicas obtenidas por la investigación.
- El incremento rápido de la comprensión de la validez de los Diseños de investigación.
- Los usuarios de este sistema desarrollan la capacidad de distinguir la validez de los diferentes estudios.

En la década del 70, Sackett, Haynes y varios otros epidemiólogos clínicos integraron los datos obtenidos de la investigación clínica a la práctica médica. El término de Medicina Basada en la Evidencia fue acuñado en la Universidad de Mc Master, Canadá en 1990 para describir la estrategia de una práctica médica que valoriza la importancia de las pruebas procedentes de la investigación y a la interpretación de la información clínica derivada de las mismas. Dio un nuevo enfoque a la docencia y a la práctica médica resaltando el enfoque crítico de los datos generados por la investigación. El término fue dado a conocer en 1991 a través de una editorial en la revista ACP Journal Club.

David Sackett definió la Medicina Basada en la Evidencia como *el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada paciente*. El

centro es el paciente por tanto los métodos de diagnóstico y el tratamiento deben ser elegidos considerando los derechos, principios y preferencias del paciente.

La propuesta actual de la MBE consiste en utilizar la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones clínicas sin olvidar la gran importancia de la experiencia clínica no sistemática y del razonamiento fisiopatológico para la toma de decisiones

Objetivos:

- Mejorar la calidad de atención.
- Disminuir el tiempo transcurrido entre los resultados de investigación y su implementación.
- Promover la competencia profesional y la actualización del profesional.

¿Cómo se practica la medicina basada en la evidencia?

Rafael Bravo sugiere los siguientes pasos:

1. Formular una pregunta precisa a partir del problema clínico del paciente.

Consiste en convertir las necesidades de información que surgen durante el encuentro clínico en una pregunta, simple y claramente definida, que nos permita encontrar los documentos que satisfagan nuestro interrogante.

La formulación correcta implica la identificación de cuatro elementos:

- Paciente y/o problema de salud de interés
- Intervención o factor de estudio (tratamiento, pronóstico, causas, etc) que se considera
- Intervención o factor de referencia con la que se va a comparar.
- Variable/s que permiten evaluar el resultado de interés y decidir las alternativas preferibles

2. Localizar las pruebas disponibles en la literatura. Búsqueda eficiente

La investigación científica genera una inmensa cantidad de datos lo que hace que pueda tornarse inmanejable, por lo que se torna conveniente acudir a iniciativas de carácter internacional que promueven revisiones sistemáticas periódicas de todos los ensayos controlados aleatorizados. En este punto además este tipo de revisiones permite superar la barrera lingüística y la falta de formación en cuanto a lectura crítica e interpretación de estudios.

DiCenso et al, en 2009 organizaron la información disponible en una pirámide que llamaron 6S, estando en el nivel inferior las publicaciones primarias de estudios de investigación (estudios individuales), luego siguen las sinopsis de estudios (revisiones críticas de estudios individuales), las síntesis (revisiones sistemáticas), sinopsis de síntesis (revisiones críticas de revisiones sistemáticas), sumarios (guías de práctica clínica basadas en la evidencia), y por último en el vértice los

sistemas (sistemas informáticos de ayuda a la toma de decisiones). La estrategia consiste en comenzar buscando en el recurso de mayor nivel disponible para el problema planteado y así utilizar la información ya emanada.

3. Evaluación crítica de la literatura médica o de las pruebas. Análisis crítico

Permite este paso al personal de salud decidir si un artículo puede ser útil como guía. Convendría en este momento realizarse los siguientes cuestionamientos: 1) ¿cuáles son los resultados del estudio? (magnitud de los resultados), 2) ¿son estos resultados válidos? (validez interna), 3) ¿me ayudarán estos resultados en la toma de decisiones sobre el paciente? (aplicabilidad)

4. Aplicación de las conclusiones de ésta evaluación a la práctica.

Trasladar el conocimiento adquirido al seguimiento de un paciente individual o a la modificación de actuación en subsiguientes consultas, es el último paso. Este ejercicio debe ir acompañado de la experiencia clínica necesaria para poder contrapesar los riesgos y los beneficios, así como contemplar las expectativas y preferencias del paciente.

La obtención de la información no es sinónimo de aplicación, pueden no existir los recursos necesarios, o falta de tiempo, comorbilidades, tratamientos concomitantes, etc. Debe en todos los casos evaluarse el impacto potencial de la actuación sobre el pronóstico del paciente, los resultados y su calidad de vida

5- EVALUACION DEL RENDIMIENTO

En este último paso se evalúa el impacto de la aplicación de la evidencia sobre el proceso y los resultados de la atención al paciente.

BARRERAS Y OBSTACULOS

Muchos consideran a la MBE como una amenaza a la libertad de consulta y que desmerita el arte de la medicina, de manera que podría entrar en conflicto con la esencia del ser médico. Otros consideran que la práctica debe basarse en la intuición, hábitos y experiencia previa y que la MBE no respondería a las expectativas y preferencias de los pacientes

También se critica que la MBE es demasiado académica disminuyendo la importancia a la experiencia clínica, reduciendo las soluciones creativas.

Conclusión

El mayor grado de evidencia es dado por los meta-análisis y los ensayos clínicos aleatorizados, pero el uso de la evidencia debe ser consciente y sensato, enjuiciando siempre la calidad y aplicabilidad de las evidencias halladas

Así pues el acto médico se conforma por la experiencia clínica, entendida como el dominio creciente del conocimiento adquirido

a través de la práctica profesional y reflejada en su capacidad para lograr un diagnóstico preciso y también por la evaluación sistemática de la evidencia científica procedente de las ciencias básicas y de la investigación estableciendo la precisión de las pruebas diagnósticas, el poder pronóstico de los marcadores o factores de riesgo y la eficacia y seguridad de las intervenciones terapéuticas

14-2 Selección de recursos según el modelo OS	
Nivel	Ejemplos de recursos
SISTEMAS	
No disponibles	
SUMARIOS	
NGC (National Guidelines Clearinghouse)	http://www.guideline.gov/
National Institute for Health and Clinical Excellence	http://guidance.nice.org.uk/index.jsp?action=find
GIN (Guidelines International Network)	http://www.g-i-n.net/
GuiaSalud	http://www.guiasalud.es/home.asp
Guideline Advisory Committee (GAC)	http://www.gacguidelines.ca
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)	http://www.sign.ac.uk/
Clinical Evidence	http://www.clinicalevidence.com
PIER (Physicians' Information and Education Resource)	http://pier.acponline.org/index.html
UpToDate	http://www.uptodate.com
SINOPSIS DE SÍNTESIS	
Health Evidence	http://www.health-evidence.ca
The Centre for Reviews and Dissemination (CRD)	http://www.crd.york.ac.uk/crdweb
CDC Guide to Community Preventive Services	http://www.thecommunityguide.org
SÍNTESIS	
The Cochrane Database of Systematic Reviews	http://www.cochrane.org/reviews/index.htm
Cochrane Library Plus	http://www.biblioteca-cochrane.net/
The Campbell Collaboration	http://www.campbellcollaboration.org
SINOPSIS DE ESTUDIOS	
PubMed Clinical Queries	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query/static/clinical.shtml
Trip Database (filtrado por: evidence-based synopses)	http://www.tripdatabase.com
Evidence Updates	http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates/
Evidence-based Medicine	http://ebm.bmj.com
Bandolier	http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/index.html
ACP (American College of Physicians) Journal Club	http://www.acpj.org
Evidencias en pediatría	http://www.evidenciasenpediatria.es/
ESTUDIOS INDIVIDUALES	
PUBMED (MEDLINE)	http://www.pubmed.gov
Trip database	http://www.tripdatabase.com
Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)	http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_central_articles_fs.html
ClinicalTrials.gov	http://clinicaltrials.gov

Tomado de Jimenez Villa J, Argimón JM. Medicina Basada en la evidencia en Atención Primaria.

Bibliografía.

- 1) Sackett, DL, Rosemberg, WM, Gray JA et al. Medicina Basada en la Evidencia. Que es y que no es. BMJ 1996; 312:71
- 2) Bravo, R. La gestión del conocimiento en la Medicina. En busca de la información perdida. An Sist Sant Navar. 2002; 25(3) : 255-72
- 3) Medicina Basada en la evidencia. Una nueva aproximación a la enseñanza en la practica de la Medicina .JAMA, 1992 nov 4; 268(17) : 2420-5
- 4) Sánchez Lara K, Sosa Sánchez R, Green Renner D, Motola Kuba D. Importancia de la Medicina Basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana. Medigraphic Artemiza. Pag 9-12 Vol 14
- 5) Jimenez Villa J, Argimón JM. Medicina Basada en la evidencia en Atención Primaria. 228-246 Elsevier.

CAPÍTULO XXIV

Recursos Médicos en Internet

Dr. Andrés Szwako

Las mejoras tecnológicas de nuestro tiempo determinan cambios en la evolución de las comunicaciones. Internet se ha posicionado como el mayor adelanto tecnológico de nuestra era.

Pero Internet no es nuevo. En 1969 quedó establecida, en el Departamento de Defensa de los EEUU con el , ARPANET (**Advanced Research Project Agency Network**), ya que el proyecto original era de permitir las conexiones aun en caso de conflicto armado o desastres naturales. En 1971 se crea el primer programa de correo electrónico. En 1973 se introduce el FTP (file transfer protocol) y en 1976 se establece la conexión entre las Universidades de Duke y de Carolina del Norte. En 1993 el Laboratorio Europeo para el Estudio de Partículas Físicas (CERN) desarrolla el World Wide Web (www), con lo cual se hace más accesible el intercambio de información en Internet. Ese mismo año aparecen los primeros navegadores, (MOSAIC y NETSCAPE) con lo cual se facilita el acceso a la red del público en general.

Desde ese momento, el crecimiento de las conexiones fue potencial, aumentando a ritmo vertiginoso, con lo cual ahora contamos con conexiones mucho mas rápidas, con programas de navegación fáciles de usar y con ello también nos facilita la búsqueda de información; sin contar con la inmensa cantidad de páginas Web a nuestra disposición con su información almacenada.

El uso de Internet está tan popularizado, que actualmente se puede decir que existe un "analfabetismo informático" en aquellos que no conocen el uso de este importante medio de información y comunicación.

Pero el crecimiento vertiginoso y descontrolado de los recursos de información en el ambiente de Internet es motivo de una profunda preocupación, en particular, para las autoridades sanitarias, que advierten sobre los peligros que entraña la diseminación de publicaciones sin un control de su calidad. La evaluación crítica de la información existente en Internet es una labor insoslayable, tanto para profesionales como para consumidores de información en el área de la salud.

Internet ha permitido a los médicos, a otros profesionales de la asistencia sanitaria, los pacientes y otros consumidores, obtener acceso rápido a la información médica en volúmenes sin precedentes. Tal acceso tiene el potencial de acelerar la transformación de la relación médico-paciente, de aquella en la que la autoridad médica suministra consejo y tratamiento (con una comprensión y adherencia, a veces

dudosa del paciente a las recomendaciones) hacia otra en la cual la toma de decisiones se realiza de forma compartida entre el paciente y el médico. Sin embargo, existen varias barreras sustanciales que impiden la comprensión de esta relación. Estas barreras incluyen el acceso equitativo a la información, el desequilibrio entre el conocimiento en salud del paciente y la información proporcionada, la extrema variabilidad en la calidad del contenido, la influencia potencial de los intereses comerciales en los contenidos y la incertidumbre en la preservación de la privacidad personal.

Los recursos en Internet, en particular en el World Wide Web, proliferan a un ritmo sorprendente. Cada día se sitúan en Internet grandes cantidades de información en todo el mundo, pero sólo una pequeña cantidad de ella es de calidad. La pagina Web de Doyma tiene una frase interesante: "Escepticismo: la información de internet, pasada por el sano filtro del escepticismo".

A diferencia de las revistas profesionales, que emplean un sistema de revisión propio, basado en expertos, lo cual asegura la calidad de los materiales distribuidos: muchos individuos publican información en Internet sin considerar su exactitud, validez o sesgos.

Generar hoy un producto para Internet es bastante sencillo. Los componentes básicos son obvios: datos, software y muchos deseos de crear el producto, pero un buen producto en Internet no se arma en un día.

Hace menos de una década, el término fuente de información era sinónimo de formato impreso. Hoy, la definición gira también alrededor del soporte electrónico. Las fuentes básicas de referencia no sólo están en las publicaciones convencionales, sino en línea o en CD-ROM. Por esto, el formato electrónico, y entre ellos el WWW, estará cada vez más presente en lo cotidiano. Este boom de la información electrónica demanda el desarrollo de profesionales aptos y de herramientas adecuadas para el desarrollo de servicios específicos de selección, tratamiento y recuperación de la información.

La Asociación de Médicos de EE.UU. (AMA) ha desarrollado una serie de principios para guiar el desarrollo y la ubicación del contenido en un sitio web, regir la adquisición y la colocación de la publicidad y el patrocinio en línea, asegurar los derechos de los visitantes y pacientes a la privacidad y la confidencialidad y proporcionar medios eficaces y seguros de comercio electrónico. Mientras estas normas se formularon para los sitios web de la AMA y los visitantes a estos sitios, también pueden ser útiles a otros proveedores y usuarios de la información médica en la red. Estos principios se han desarrollado, con la condición de que requerirán una revisión frecuente, para mantenerse al ritmo de la evolución de la tecnología y las prácticas en Internet. La AMA promueve el examen y retroalimentación de los lectores, los visitantes del sitio web, los responsables de la política y todos los otros interesados en asegurar la entrega de información confiable y de calidad en la red.

Estos principios están en el siguiente cuadro:

Normas para los sitios Web de las AMA
<ul style="list-style-type: none">• Principios del contenido• Principios para los anuncios y patrocinio• Principios para la privacidad y la confiabilidad• Principio para el comercio electrónico

I. Principios del Contenido

Definición de contenido

Se define como todo el material (incluido el texto, los gráficos, los cuadros, las ecuaciones, el audio y el video) y los íconos direccionales de los menús, las barras, los indicadores, las listas y los índices.

Propiedad del sitio

La propiedad del sitio en el web, incluidas las afiliaciones, las alianzas estratégicas y los inversionistas significativos, así como los derechos del autor, debe indicarse claramente en la pantalla principal..

Inspección del sitio

El sitio debe proporcionar información acerca de la plataforma (s) y del explorador (s) que permite visualizar la localización en forma fácil de encontrar.

Acceso de los visitantes, pago y privacidad

La información acerca de las restricciones en el acceso al contenido, el registro necesario, pago si es requerido, y la protección de contraseñas (según corresponda) debe proporcionarse y hallarse fácilmente.

Financiamiento y patrocinio

El financiamiento u otro patrocinio para cualquier contenido específico debe indicarse claramente. Calidad del contenido editorial
Las normas para el contenido editorial, las fechas de colocación y las fuentes se desarrollaron basándose en la experiencia en los sitios de las publicaciones científicas de AMA.

Examen

El contenido debe examinarse para determinar su calidad (incluida originalidad, exactitud y fiabilidad) antes de la colocación. El contenido editorial clínico deben revisarlo expertos en la materia que no hayan participado en su creación.

Fecha de colocación, revisión y actualización, oportunidad del contenido editorial

Las fechas en las que el contenido se coloca, revisa y actualiza deben indicarse claramente.

Fuentes de contenido editorial

La fuente de contenidos específicos debe identificarse claramente (es decir, los nombres de los individuos, la organización, el departamento, la institución, el organismo, o el proveedor/productor comercial).

Vinculación

Deben revisarse los enlaces intrasitios de contenido antes de colocarlos, mantenerlos y vigilarlos.

Descarga de documentos

Si el contenido puede descargarse en formato Portable Document File (PDF), deben ofrecerse las instrucciones en lo referente a cómo bajar un fichero PDF y cómo obtener el software necesario en forma fácil de encontrar.

Navegación del contenido

Deben presentarse las características que permiten el uso del sitio de forma fácil de encontrar e incluirse un mapa del sitio u otra guía de su organización, una función de ayuda o una página de preguntas frecuentes, un mecanismo de retroalimentación y un servicio de información a los clientes

II. Principios para el anuncio y patrocinio

Estos principios se aplican para asegurar la adhesión a los estándares éticos más estrictos de los anunciantes y para determinar la elegibilidad de los productos y los servicios a anunciar en los sitios web de la AMA. La idea es que no influya en las decisiones medicas.

III. Principios para la privacidad y confidencialidad

Los siguientes principios reflejan el compromiso de mantener los derechos del visitante del sitio web a la privacidad y la confidencialidad de la información personal. En este contexto, la privacidad se refiere al derecho del visitante del sitio para elegir bien sea para permitir que se recopile la información personal por parte del sitio o por terceros y saber qué tipo de información se recopila y cómo se utiliza. La confidencialidad es el derecho de un individuo a que no se revele información médica o de otro tipo que lo identifique a otros, sin su consentimiento expreso.

IV. Principios para el comercio electrónico

Los principios para el comercio electrónico están dirigidos a asegurar que los usuarios y los compradores de la información, los productos y los servicios en el sitio tengan acceso a transacciones seguras y eficaces para clientes en línea y remotos.

Aplicaciones para médicos y estudiantes de medicina

Estas son algunas aplicaciones **para estudiantes y profesionales de la medicina que pueden ser útiles a lo largo de su carrera o trabajo.**

Los **médicos y estudiantes de medicina**, que son los profesionales encargados de estudiar, diagnosticar y tratar a los pacientes para preservar la salud humana, deben estar actualizados en torno a las últimas tendencias en salud.

1. Daily Rounds for Doctors

Se trata de la **red académica más grande para médicos y estudiantes de medicina**. A través de una interfaz fácil de utilizar podrás compartir y **aprender de casos clínicos basados en pacientes de la vida real**. **La aplicación es libre para todos**

2. Medscape

Esta aplicación permite a los usuarios a mantenerse al día con las **noticias médicas, las enfermedades y la información del estado en el área de la salud**. Es un **recurso utilizado principalmente por médicos, estudiantes de medicina, enfermeras** y otros profesionales para obtener información de salud.

3. Epocrates

Permite **revisar la prescripción de medicamentos** y la información de seguridad para las marcas blancas, conocer las interacciones perjudiciales entre fármacos, seleccionar formularios seguros de salud, identificar pastillas, realizar cálculos tales como el índice de masa corporal, y acceder a la información y las noticias médicas.

4. Prognosis: Your Diagnosis

Es un **material de práctica útil para estudiantes de medicina** y otros profesionales de la salud. Con esta aplicación se podrán ver todo tipo de casos clínicos y acceder a lecciones claves aplicables a la práctica diaria.

5. Skyscape Medical Library

Esta aplicación ofrece un paquete de **recursos médicos** que incluye información clínica sobre más de 850 temas, información sobre las diferentes drogas y calculadoras médicas.

6. St John Ambulance First Aid

Esta aplicación brinda orientación sobre **primeros auxilios** y protocolos para hacer frente a **situaciones de emergencia con instrucciones fáciles y guías ilustradas**.

7. Diseases Dictionary Medical

Esta aplicación consiste en un **diccionario médico gratuito** que contiene información y descripción detallada de los diferentes trastornos médicos. **Ofrece las definiciones, los síntomas, las causas y el tratamiento de las principales enfermedades**.

8. Drugs Dictionary

Es un **diccionario de medicamentos que almacena toda la información necesaria acerca de las drogas**: sus usos, cómo tomarlos, efectos secundarios, precauciones, interacciones con otras drogas, falta de dosis, almacenamiento, entre otros temas.

9. PubMed Mobile

Esta aplicación te permite buscar en la **base de datos PubMed** que contiene **más de 24 millones de citas de la revista MedLine** y de los libros en línea. Es una aplicación fácil de usar donde podrás buscar por palabra clave o citas completas, entre otras opciones de búsqueda.

10. Eponyms

Es un **diccionario de epónimos médicos** que tiene una descripción de **más de 1.700 epónimos médicos comunes**.

Búsqueda Bibliográfica en Internet

A través de Internet se facilita la consulta a todo tipo de usuarios, experimentados o no, a principales base de datos bibliográficas. MEDLINE es el producto estrella de las bases de datos médicas. Su productor es la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.

Otras bases de datos como EMBASE, Health Star, Lilacs, Índice Médico Español o la biblioteca Cochrane también se encuentran disponibles en Internet, bien a través de sus propietarios o bien vía distribuidores de información en línea que facilitan la consulta de éstas, mediante el pago de una cuota.

Revistas y libros médicos

Las revistas médicas más importantes están presentes en Internet. En la mayoría de los casos, ofrecen el sumario completo de cada número y los resúmenes de los artículos originales a los que se puede acceder de forma gratuita. El texto completo de los artículos más material adicional exclusivo de la web, suele reservarse a los suscriptores.

Hay que destacar la aparición de libros exclusivamente electrónicos, sin versión impresa, que aprovechan las facilidades y bajo coste de edición en Internet para difundirse en muchas ocasiones de forma gratuita. Como ejemplos de simple translación tenemos el conocido Manual Merck. La suite de la compañía Access-Medicine de McGraw-Hill y el portal MD Consult de Elsevier son buenos ejemplo de conjunto de libros y otras fuentes interrelacionados. Por último, GPnotebook y e-medicine son ejemplos de libros únicamente electrónicos.

Guías de práctica clínica

Las guías de práctica clínica suelen estar patrocinadas por instituciones gubernamentales y sociedades científicas sin ánimo de lucro. La publicación en formato electrónico de las mismas abarata los costos y favorece esta difusión.

Cómo buscar información en Internet

La cantidad inmensa de información y su disponibilidad (una de las grandes ventajas de estas nuevas fuentes), se convierte en inconveniente cuando se intenta localizar documentos concretos. Al contrario de las fuentes tradicionales donde la información se encuentra estructurada, en Internet está dispersa y distribuida anárquicamente. No toda la información que existe es de buena calidad y su nivel de recambio es muy alto ya que los documentos aparecen, cambian y desaparecen a un ritmo vertiginoso.

Directorio de buscadores en internet

Achoo Gateway to Healthcare

Buscador de recursos sobre el área de salud.

Idioma: Inglés.

Dirección : <http://www.achoo.com/main.asp>

AllHealthNet

Directorio temático y buscador de recursos médicos.

Idioma: Inglés.

Dirección: <http://www.allhealthnet.com>

AuraSalud

Tiene el objetivo de ser el centro de referencia de todos los internautas de habla hispana en la temática de salud

Idioma: Español.

Dirección: <http://www.aurasalud.com>

Bireme

Recoge toda la terminología médica. Incluye en su sitio a la BVS, que es la base distribuidora del conocimiento en salud en Latinoamérica.

Idiomas: Español, inglés y portugués.

Dirección: <http://www.bireme.br>

Buscasalud

Buscador de recursos sanitarios. Contiene secciones específicas de consultas y artículos informativos para pacientes; además de áreas de psicología, medicina basada en la evidencia y otros.

Idioma: Español.

Dirección: <http://www.buscasalud.com>

EBSCOhost

Conjunto de bases de datos de revistas del área médica. Posee gran cantidad de artículos a texto completo. Se puede acceder desde la página principal de Infomed. Es posible realizar búsquedas en varias bases de datos a la vez.

Idioma: Español.

Dirección: <http://www.sld.cu> Desde aquí seguir el vínculo de EBSCO, en el recuadro "Los esenciales".

Healthfinder

Servidor que proporciona una completa información de recursos médicos y sanitarios. Además de brindar acceso a importantes revistas del área de la salud.

Idiomas: Inglés y español.

Dirección: <http://www.healthfinder.gov>

Matrix

Contiene información sobre unos 4 000 enlaces referidos al sector de la medicina y la salud en general. El registro es gratuito.

Idioma: Inglés.

Dirección: <http://www.medmatrix.org>

Scielo

Portal de revistas a texto completo, tanto de América Latina y el Caribe, como de España. Scielo pertenece a un proyecto liderado por Bireme y en el que también participa Infomed.

Idiomas: Español, inglés y portugués.

Dirección: <http://www.scielo.org>

Sería interminable citar todas las páginas médicas, pero estas son algunas páginas web útiles:

www.spmf.org.py de la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar.
www.paho.org/Spanish/dd/ikm/li/Library Biblioteca de la OPS
www.bvsalud.org Biblioteca Virtual de Salud.
<http://medlineplus.gov/spanish> Biblioteca Nacional de Medicina
<http://www.aafp.org/online/en/home/publications/journals/afp.html> Revista de la Asociación Americana de Medicina Familiar
<http://www.amf-semfyc.com/> Actualización en Medicina de Familia de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
<http://www.infodoctor.org/rafabravo/hojear.htm> Página donde se pueden encontrar varios links a otras paginas medicas.
www.revistasmedicas.org/ Página donde se pueden encontrar varios links a otras paginas medicas.
<http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/> Página de cuidados de salud basado en evidencia.
<http://freemedicaljournals.com/> Pagina donde se encuentra links para otras revistas medicas.
<http://www.jabfm.org/> Revista del American Board de Medicina Familiar
<http://stfm.org/fmhub/fmhub.html> Página de índice de publicaciones de la Sociedad Americana de Profesores de Medicina Familiar.
<http://fampra.oxfordjournals.org/> Página de la Revista de Medicina Familiar de Oxford.
<http://www.jfponline.com/> Revista de Family Practice
www.spp.org.py Sociedad Paraguaya de Pediatría
www.spc.org.py Sociedad Paraguaya de Cardiología
www.spn.org.py Sociedad Paraguaya de Nefrología
www.spc.pla.net.py Sociedad Paraguaya de Cirugía
www.psiquiatriaparaguay.org/index.htm Sociedad Paraguaya de Psiquiatría
www.neumoparaguay.com Sociedad Paraguaya de Neumología
www.spo.org.py Sociedad Paraguaya de Oftalmología
www.spgo.org.py Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia
www.spot.org.py Sociedad Paraguaya de Ortopedia y Traumatología
www.spmi.org.py Sociedad Paraguaya de Medicina Interna

Bibliografía:

- 1) Melamud, A. Otero, P. Internet para médicos. 1ra Edición. MP Ediciones. Buenos Aires. Argentina. 1998.
- 2) NUNEZ GUDAS, Mirta. Criterios para la evaluación de la calidad de las fuentes de información sobre salud en Internet. ACIMED [online]. 2002, vol. 10, no. 5 [citado 2008-06-30], pp. 9-10. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352002000500005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.
- 3) Margaret A. Winker, et al. Normas para los sitios de información médica y de salud en Internet. Principios que rigen los sitios web de la AMA. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol9_1_01/aci091001.htm
- 4) Dra. Mirta Núñez Gudás. Criterios para la evaluación de la calidad de las fuentes de información sobre salud en Internet. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-94352002000500005&script=sci_arttext

Toma de Decisiones

Dr. Andres Szwako – Dr. Enrique de Mestral

Introducción

La toma de decisiones en temas de salud tiene en cuenta varias dimensiones de la persona enferma. En primer lugar está el respeto de la vida y de la dignidad personal. Se debe hacer participar de las deliberaciones al interesado en un modelo de relación médico paciente intersubjetiva, fiduciaria o de vinculación en mutua responsabilidad, donde el médico se pone a disposición con su capacidad y beneficencia como vocación. Se comunica los propósitos del examen o de la terapéutica propuesta, su resultado esperado, sus riesgos, las alternativas si existen. Todo esto lleva al proceso educativo que culmina en el consentimiento informado.

Pueden existir situaciones donde la apreciación del médico no coincide con la del paciente o sus familiares, Que existiesen incluso conflicto de valores. Podemos hacer este conflicto en positivo cuando el médico ofrece tratamientos necesarios que no son aceptados por los pacientes o en negativo cuando los pacientes reclaman tratamientos desproporcionados a los resultados esperados y violenta la convicción del médico. en estos casos Entra el arte de la comunicación.

En la relación médico paciente existe una asimetría propia: uno preparado para dar asistencia y el otro necesitado y vulnerable que acude a este primero. Se debe entablar la comunicación con empatía y compasión. Muchas situaciones no son comprendidas por los pacientes o sus familiares y es el médico el que debe dar explicaciones de las proposiciones.

En una ética de los principios el médico debe respetar sobre todo los de la ética de mínimos (no maleficencia y justicia) , es decir que uno está obligado a no hacer daño y respetar los derechos de los pacientes, ofreciéndoles el tratamiento adecuado según la evidencia a disposición y sin hacer acepción de personas, y tratar de respetar los de la ética de máximos (Autonomía y beneficencia).

La toma de decisiones en medicina

“El diagnostico de la enfermedad es a menudo fácil, con frecuencia difícil y a veces imposible” es una frase del célebre medico ingles Peter Mere Latham, gran educador médico del siglo XIX.

Tomar decisiones constituye una habilidad general muy importante que deben adquirir todas las personas para su desenvolvimiento en la

vida. Conceptualmente, por tomar decisiones se ha asumido "...aquel proceso de índole intelectual mediante el cual el ser humano identifica y selecciona entre varias opciones, la más adecuada para dar solución a un problema existente". La Real Academia Española menciona en su diccionario online 22ª Edición como "Determinación, resolución que se toma o se da en una cosa dudosa"

La toma de decisiones médicas podría definirse como la actuación o el sistema de acciones y operaciones, dirigidas a la identificación, al diagnóstico y solución o tratamiento de las afecciones de salud en una persona y, es por tanto, indispensable en el modo de actuación del médico de familia para la solución de los problemas profesionales inherentes a su objeto de trabajo.

Cuando el Médico de Familia en el marco de su actividad laboral, interactúa con una persona, una familia o con la comunidad, debe inicialmente identificar cuál es el problema que está presente en ellos, o sea llegar a un diagnóstico, para, en correspondencia con este, desarrollar un plan de acciones dirigido a revertir la situación, a la solución del problema identificado, que sería el tratamiento. (Fig 1)

El diagnóstico y el tratamiento, expresado en el lenguaje propio de la profesión, sintetizan la actividad de atención médica biopsicosocial y podemos mencionar etapas o fases de la misma.

El médico de familia debe seleccionar entre diversas opciones, aquellas que mejor se ajusten, las más convenientes para la solución del problema diagnosticado, en total correspondencia con las particularidades de cada situación o problema concreto y con enfoque biopsicosocial.

En la etapa de diagnóstico, se debe tomar decisiones en cuanto a si indica exámenes auxiliares o no; si lo hace debe decidir qué exámenes solicitaría, en que momento y bajo que condiciones, todo esto basándose en la evidencia mas clara posible.

En la fase de tratamiento, la actuación del Médico de Familia está orientada a dar respuestas a innumerables preguntas que implican decisiones de variados grados, como ser: si puede ser resuelto el problema en el consultorio o debe ser remitido a un hospital; si el paciente necesita un procedimiento quirúrgico o es suficiente un tratamiento médico; qué fármacos debe utilizar, cuál será la dosis, por qué vía deben ser administrados, por cuánto tiempo lo hará.

La necesidad de toma de decisiones se manifiesta continua y secuencialmente, pues una decisión conduce a la necesidad de tomar otra decisión.

"El proceso de toma de decisiones es una característica inherente, cualitativa y permanente de la profesión médica. Muchas, si no todas las decisiones de los médicos tienen que ver muy estrechamente con la vida, la salud, la condición física y mental de su paciente y también con la familia del paciente y su entorno. La habilidad de tomar la decisión

correcta debería ser uno de los valores más preciados en aquellas personas cuyas decisiones hacen cambiar las vidas de otros.”

I. Modelos de Decisiones en los pacientes.

Muchas veces tenemos pacientes que desean desempeñar un papel activo en las decisiones de su asistencia, pero otros no se comportan de esa forma. Esto favorece a que existan modelos dinámicos de tomas de decisiones según las circunstancias que se enfrentan.

Así, es muy conocido el modelo paternalista, que esta en un extremo, en donde el medico tiene los saberes necesarios para el diagnostico y los administra según su juicio y sin ninguna consulta, creyendo que puede interpretar que prefieren los pacientes. Aquí los pacientes no participan de la toma de decisiones sobre su situación de salud.

El modelo de decisiones informadas es el otro extremo de estos modelos, es cuando el medico explica a los pacientes las opciones diagnosticas y de tratamiento disponibles y sus posibles resultados si los implementa y la decisión lo toma el paciente según la alternativa que mejor se le adapta.

Entre las dos anteriores, existe un modelo de decisiones compartidas. En este modelo la información no corre en un solo sentido, sino que las decisiones se toman de manera conjunta, una vez que el paciente dispone de la información necesaria proveída por el medico.

Causas de toma de decisiones deficientes:

- Acceso insuficiente a información basada en evidencia.
- Escasa participación del paciente en las tomas de decisiones que afecten su propia salud o la de su familia.
- Profesionales con limitados conocimientos o habilidades para toma de decisiones.

El conflicto decisional

Se define como la incertidumbre acerca de cual alternativa escoger cuando las diferentes alternativas significan riesgos, perdidas o rechazo a los valores personales.

Algunas de ellas son:

- Incertidumbre acerca de la opción
- Preocupación acerca de los resultados no deseados
- Vacilar entre las opciones.
- Cuestionar los valores personales involucrados en la decisión
- Preocuparse por la decisión
- Mostrar síntomas y señales de angustia y tensión.

Los factores que contribuyen a esto, podrían emerger de dos fuentes principalmente: de la propia decisión cuando se enfrentan las ventajas y desventajas de la alternativa elegida, y; de los factores externos que rodean una decisión difícil.

El Modelo de Toma de Decisiones de Ottawa

Este modelo provee conocimientos específicos respecto a los procesos y conflictos decisionales, apunta a empoderar y apoyar a las personas en el ejercicio de sus derechos de salud.

Básicamente consiste en: 1) Valorar las necesidades o determinantes de las decisiones; 2) Proveer apoyo a la toma de decisiones y 3) Evaluar el proceso de toma de decisiones y sus resultados.

Es difícil determinar que situaciones son consideradas por las personas como generadoras de conflictos decisionales, pero podemos ejemplificar algunas según el tipo de decisión: situacional (matrimonio, control de natalidad, relaciones interpersonales, problemas de abuso de alcohol, ética profesional, educación continua, etc); evolutivas (respuesta a la presión de pares, actividad sexual, desafíos en la crianza de los hijos, estilo de vida posterior a la jubilación, etc); en relación con el tratamiento (exámenes generales, vacunaciones, elección del tipo de anestesia en cirugías, auto donación de sangre, etc); y, cambios en el estilo de vida (suplementos, plan de ejercicios, métodos de manejo del estrés, etc)

Los pacientes están obligados en algún momento de tomar decisiones respecto a su salud, y cuando las alternativas no parecen claras, surge este “conflicto decisional”. Muchas veces el paciente se debate entre la desinformación y la falta de apoyo para elegir la mejor opción de acuerdo a sus valores personales.

En estos casos los médicos de familia deben adoptar un rol protagónico desarrollando habilidades para apoyar a sus pacientes en los conflictos que enfrentan.

II. Toma de Decisiones Medicas

Métodos para decidir

Un buen sistema de toma de decisiones debe contemplar el mayor número de aspectos, otorgar el mayor nivel de seguridad sin perder la perspectiva de la eficiencia, teniendo en cuenta recursos muchas veces limitados.

Para tomar las mejores decisiones para nuestros pacientes tenemos en cuenta al inicio la información disponible; durante el proceso la información necesaria definiendo el problema y tomando la decisión mas acertada según nuestro criterio, para al final otorgar una solución al problema inicial.

Formas de “Toma de Decisiones”

Existen diferentes formas de tomar decisiones en medicina, citando algunos de ellos tenemos:

- Por protocolos de los Servicios: pueden causar limitaciones en la toma de decisiones en algunos casos.
- Por experiencia: pensando siempre en todas las variantes posibles y basándose en evidencia científica.

- Por intuición: no debe aplicarse en la toma de decisiones en medicina, pues es errática, poco ética y no muy profesional.
- Por rutina: nunca debe aplicarse este tipo de toma de decisión, ya que no permite adecuar a cada situación en particular. Es muy riesgoso.
- Por presión emotiva: muchas veces se pierde la perspectiva global, la objetividad. Es un riesgo asumido.
- Por presión social: suscita diferentes decisiones por el contexto en que se presenta.
- Por comodidad: para no causar conflictos entre los pacientes o entre los profesionales. Muchas veces se utiliza este método por saturación o presión de los pacientes.
- Por consenso: basándose en opiniones de expertos o de resultados de trabajos científicos.
- Por estudio de problema: requiere gran esfuerzo previo a la toma de decisiones.

Tipos de Tomas de Decisiones

Según empleemos un método u otro para nuestra toma de decisiones, podemos encontrarnos con los diferentes tipos de decisiones:

- Decisión irreversible: es toda decisión que una vez efectuada, no puede cambiarse ni anularse.
- Decisión de ensayo y error: si bien permite adaptar los procedimientos de una manera continua, este tipo de decisión es tomada conociendo que los cambios serán el resultado de lo que ocurra durante la aplicación de la respuesta.
- Decisión en etapas: a una decisión primaria, le van siguiendo otras decisiones a medida que cada etapa se va completando.
- Decisión reversible: es el tipo de decisión que puede cambiarse por completo, antes, durante o después de iniciar una respuesta. Es muy útil si consideramos que una circunstancia puede cambiar.
- Decisión experimental: es cuando una decisión no es la decisión final, sino hasta empezar a ver los resultados, y al demostrar idoneidad, se va aceptando.
- Decisión cautelosa: este tipo de decisión limita los riesgos a correr, pero también limita los logros conseguidos o a conseguir.
- Decisión condicional: son decisiones que se modifican según surgan imprevistos.

El proceso de decidir

La decisión de los médicos se centra en tratar de resolver el misterio que implica el proceso de la enfermedad. Los médicos somos cada vez más concientes de la necesidad de estudiar la teoría de las decisiones, pero pocos lo hacemos y menos la aplicamos. En cierto modo, el estudio de las decisiones se ha basado en lo que debiera ser, no en lo que es.

Es razonable y esperable que el estetoscopio deba ser la insignia médica hasta estos tiempo, ya que vivimos en una época de grandes avances técnicos y es aún cierto que los médicos juiciosos usan sus armas clínicas como el sustento del diagnóstico y requieren del laboratorio con mesura, considerando sus costos, utilidad y limitaciones.

Existe una gran diversidad de decisiones médicas como hemos citado anteriormente, por ejemplo, acciones preventivas y de salud pública, además de las tradicionales de diagnóstico y tratamiento. Las de mayor complejidad para el clínico en el proceso de la atención es principalmente esta última; por fortuna, las decisiones de diagnóstico y tratamiento se ligan y pueden estudiarse juntas. Sabemos que las decisiones de diagnóstico preceden a las de tratamiento, aunque la respuesta a éste puede tener también valor diagnóstico.

Es importante señalar que es más frecuente encontrarse con presentaciones atípicas de entidades frecuentes que manifestaciones típicas de enfermedades poco comunes. Sin embargo, sabemos que las enfermedades raras son muy variadas y nos enfrentamos a ellas tarde o temprano, por lo que todos deberíamos tener un método para proceder cuando las cosas no son claras. De cualquier modo, siempre que se decide existe el riesgo de cometer un error, por lo que conviene analizarlo.

Error y riesgo de la Toma de decisiones

En todas las decisiones médicas existe un inevitable rango de incertidumbre en donde el error y el riesgo están presentes, eso es el trabajo diario del médico. Mientras se les tenga en mente es posible tomar decisiones con menos incertidumbre. Trabajar con incertidumbre es una constante muchas veces en la Medicina Familiar, pero al tener la seguridad de la continuidad de la atención, podemos tener algo de tranquilidad. Al decidir, uno puede basarse en inferencias clínicas (pasado) o en predicciones estadísticas (mirando el futuro). Las inferencias clínicas nos refieren al pasado que tratamos de ajustar a una situación presente, y en cambio, la predicción estadística hace un ejercicio de pronóstico de acuerdo con la información disponible.

Por otra parte, se debe considerar en nuestro análisis que en la práctica clínica existe una variación entre los diversos observadores y también una variación interna del mismo observador. De esta forma, los resultados de una exploración pueden tener diferentes interpretaciones entre un grupo de médicos o la interpretación de una radiografía puede también ser variable. Es el "criterio médico" que cada uno forma en sus disquisiciones. Existe además la tendencia a sobrestimar el conocimiento propio y todo esto puede resultar en malas decisiones.

El ejercicio clínico requiere tener presente, a lo largo de todo el proceso de decisiones en la atención al paciente, los riesgos implícitos a todas las intervenciones y la posibilidad de equivocarse. Estar alertas sobre los riesgos y errores puede disminuir la posibilidad de que ocurran o, al menos, incrementa la posibilidad de corregirlos una vez que suceden.

Generando hipótesis diagnósticas

Hacemos el interrogatorio y luego la exploración física, con esto tenemos el juicio clínico y generamos una hipótesis diagnóstica.

Podría presentarse tres posibles decisiones:

- 1) Solo observar, no intervenir,
- 2) estudiar o pedir auxiliares diagnósticos, o
- 3) tratar.

Si decidimos no intervenir, es que tenemos una razonable certeza clínica de que no hay enfermedad.

Si decidimos observar, el diagnóstico es incierto y no vale la pena estudiar en ese preciso momento, por tratarse de un problema no muy grave. Dejamos que la propia historia natural de la enfermedad nos aclare el cuadro en un tiempo razonable.

Si decidimos estudiar o pedir auxiliares de diagnóstico, suponemos que la enfermedad tiene pocas posibilidades de aclararse en un tiempo razonable, en este caso la revisión clínica exhaustiva y la solicitud de estudios auxiliares son inmediatos.

Finalmente, si decidimos tratar, nos sentimos confortables con la veracidad de nuestra hipótesis de diagnóstico y confiamos que el manejo inicial será correcto. El tratamiento inmediato también puede requerirse ante la sospecha de un proceso grave, aunque no se cuente con un diagnóstico preciso.

Si bien comúnmente es sencilla, la generación de una hipótesis de diagnóstico es un asunto que puede ser complejo y hasta requerir un proceso “heurístico”. Este es el atajo por el que sólo conduce la experiencia clínica

Toma de Decisiones respecto a Estudios Auxiliares

La decisión de solicitar estudios auxiliares del diagnóstico tiene por objeto aclarar una incertidumbre clínica para poder hacer una decisión de manejo. Esto significa que debemos hacer mayores esfuerzos de diagnóstico para reducir la incertidumbre y incrementar la posibilidad de que el manejo sea apropiado.

El problema aquí es que cada persona es diferente y las manifestaciones clínicas y de laboratorio no son constantes; si así fuera, un programa de cómputo resolvería todos los problemas. Entonces, el médico de familia parte de una serie de hipótesis conformadas por los elementos que ha conjuntado con el interrogatorio, la exploración y los estudios auxiliares previos.

Los médicos sin mucha experiencia, o sin sistema, dan a todas sus hipótesis el mismo valor o solicitan un “escopetazo” de pruebas cuyos resultados utilizan para armar un escenario que represente alguna de las enfermedades cuyo diagnóstico conoce. Aquí se cumple el adagio que dice que “el que no sabe qué hacer, hace lo que sabe hacer”.

Lo que se conoce como “medicina defensiva”, que ha resultado costosa, ineficaz y muy poco satisfactoria para la práctica y la realización profesional de los médicos es la indicación de estudios o tratamientos que no buscan el beneficio del paciente, sino la defensa del médico ante un eventual conflicto legal.

Es también cada vez más frecuente observar que se realizan procedimientos y estudios innecesarios sólo para justificar un incremento en los honorarios médicos, para utilizar servicios de los

que el médico es socio, o “para completar el caso”; así, biopsias, ultrasonidos, tomografías y resonancias magnéticas se suceden sin justificación.

Un buen Médico de Familia debe dirigirse a probar las hipótesis de enfermedades que:

- 1) deban recibir un tratamiento urgente;
- 2) sean más frecuentes; y
- 3) cuenten con un tratamiento eficaz.

La decisión de tratar

A los médicos de familia y a cualquier otro especialista, nos desagrada quedarnos sin hacer algo al atender a un enfermo pues tenemos una tendencia natural a intervenir para ayudar.

Debemos tener presente que, “primero no dañar” debe ser, cada vez con mas fundamento, el principio fundamental de la práctica médica.

Ponce de Leon y Mecias estipulan 5 situaciones mutuamente excluyentes:

Fig 2.

1. Lo que es lógico de hacer, pero carece de evidencia documentada de utilidad.
2. Lo que es lógico de hacer y tiene evidencia documentada de utilidad.
3. Lo que es lógico de hacer, pero tiene evidencia de inutilidad o daño.
4. Lo que no es lógico de hacer y carece de evidencia de utilidad.
5. Lo que no es lógico de hacer, pero tiene evidencia de utilidad.

Reflexiones finales sobre la Toma de decisiones

Finalmente, tomar una decisión médica implica siempre asumir riesgos para el paciente que ha depositado su confianza y su salud en el juicio de su médico. Bien haremos los médicos en nunca olvidar esta grave responsabilidad. Citando a Tumulty, autor del libro *The Effective Clinician*:

“Un clínico es metódico en acumular los datos físicos e históricos del paciente. Al interrogar al enfermo investiga incisivamente. Interpreta las pistas de los cambios físicos como un experimentado detective. Su análisis de la evidencia clínica es metódico y disciplinado para no soslayar posibilidades diagnósticas o terapéuticas. Su razonamiento lógico hace que sus conclusiones parezcan inevitables. Su especial interés es cualquier enfermedad humana. Su cuidado del paciente no termina con el diagnóstico correcto. Su cuidadoso manejo del problema total de la persona enferma hace que el tratamiento sólo de un diagnóstico o un síntoma se vea inadecuado. Es incansable en su capacidad de infundir autodisciplina, optimismo y coraje. A quien no puede mejorar lo conforta. Versado en la ciencia médica también entiende la naturaleza humana y disfruta trabajar con esto. Lógico y analítico, es simultáneamente afectuoso y agradable; aunque gentil, es fuerte en sus creencias e ideales pero nunca hostil. Sus herramientas de trabajo son su capacidad intelectual, su amplia experiencia clínica y el uso perspicaz de sus ojos, oídos, manos y corazón”.

Y finalmente, el médico decide.

Fig 1. Esquema de Toma de Decisiones en Medicina Familiar

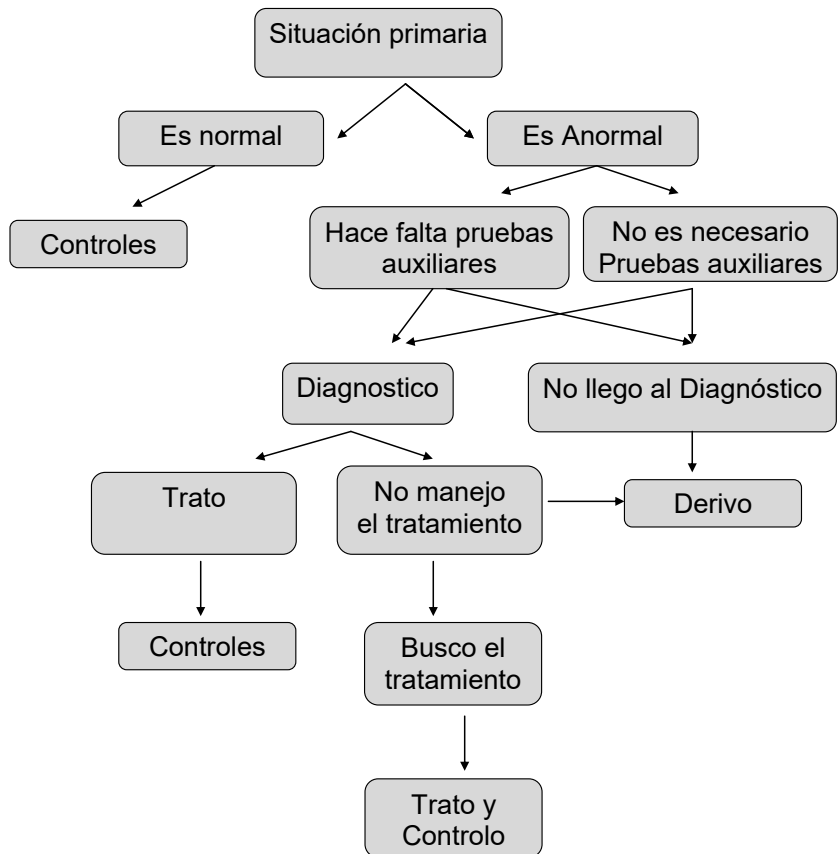


Fig 2. Situaciones a las que se enfrenta el médico y decisiones a tomar, basadas en evidencias.

Situación	Es de beneficio lógico?	Hay evidencias a favor?	Hay evidencias en contra?	Decisión
Tipo 1	Si	Indistinto	No	Hágalo
Tipo 2	Si	No	Si	No lo haga
Tipo 3	No	No	Indistinto	No lo haga
Tipo 4	No	Si	No	Hágalo
Tipo 5	Dudoso	No	Indistinto	No lo haga

Tomado de "La toma de decisiones en medicina". Ponce de Leon-Macias

Bibliografía

- Corona L, Fonseca M. La toma de decisiones médicas como la habilidad profesional esencial en la carrera de Medicina: una preocupación de todos. *MediSur* [online]. 2010, vol.8, n.1, pp. 42-45. ISSN 1727-897X.
- Real Academia de la Lengua (22º Ed.). *Diccionario de la Lengua Española* [versión electrónica]. Recuperado el 16 de setiembre de 2013, de <http://www.rae.es>
- Robbins SP. *Administración: teoría y práctica*. México. Editorial Prentice Hall;1984.
- Mendoza P.S., Jofre A.V., Valenzuela S.S. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. *Invest. Educ. enferm* 2006; 24(1): 86-92
- O'Connors AM, Jacobsen MJ, Stacey D. An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *J.Obstet. gynecol. Neonatal nurs* 2002; 31(5): 570-581
- Sanchez JA, Romero S, Romero R, Pavon J. Toma de decisiones en urgencias sanitarias: regulación médica. *Emergencias y Catastrofes*. [online]. 2001, vol.4, n.2, pp. 197-201. Disponible en: [www.medynet.com/usuarios/jraguilar/regulación %20medica.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/regulación%20medica.pdf)
- Ponce de Leon S, Macias A. El ejercicio actual de la Medicina. Toma de decisiones en Medicina. [en línea]. 2006. [fecha de acceso 15 de setiembre de 2013]; URL disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/sep_01_ponencia.html
- Rubinstein A, et.al. *Medicina Familiar y practica ambulatoria*. 2Ed. Buenos Aires. Panamericana. 2006
- Tumulty PA. *The Effective Clinician*. WB Saunders Co, Philadelphia. 1973.
- Pellegrin E, Thomas D. *Helping and Healing*. Wash DC: Georgetown University Press, 1995.
- Pellegrin E, Thomas D. *The Christian Virtues*. . Wash DC: Georgetown University Press, 1995.
- Informe Belmont. *Encyclopedia of Bioethics*, T.5.,2769-2773
- Gracia D. *Procedimientos de decision en ética clínica*. Madrid. Triacastela, 2008.

CAPÍTULO XXVI

Competencias del Médico de Familia y Comunidad en el Escenario Hospitalario

Dr. Thomas Meoño Martín¹
Costa Rica

El médico de familia y comunidad ha sido definido como el ejecutor de la estrategia de Atención Primaria en Salud en los sistemas de salud de Iberoamérica; desempeña su papel, a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de cuidados clínicos asistenciales, de rehabilitación y paliativos; lo hace de acuerdo con las necesidades de salud, respetando la diversidad cultural y optimizando los recursos disponibles en la comunidad.

Está capacitado para brindar, de manera integral, integrada, continua y especializada, la atención a toda aquella persona que se presente con una afección aguda o crónica de su estado de salud, desde la perspectiva del individuo y la familia, partiendo de esta como una unidad de atención, en el contexto de su comunidad.

Fomenta el trabajo en equipo transdisciplinario y la gestión intersectorial de los problemas de salud de la persona y su familia; desarrolla su profesión aplicando sus conocimientos, habilidades y destrezas en la diversidad de áreas que abarca la especialidad, esto con liderazgo, empatía, enfoque integral, y una actitud ética, reflexiva, crítica, científica y humana propendiendo a mejorar la calidad de vida de la persona, la familia y la comunidad. (Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 2018)

La amplia gama de destrezas y conocimiento del médico de familia y comunidad, con un nivel de resolutivez demostrado de más del 90%, ha llevado a que sean llamados cada vez con mayor frecuencia a laborar en niveles de atención más especializados, formando parte de equipos transdisciplinarios e incluso liderándolos.

Cuando una persona es ingresada en un centro hospitalario, todos los aspectos que conforman su sistema se verán alterados; y es ahí en donde el médico de familia entra a jugar un papel de suma relevancia durante la estancia, el egreso y el seguimiento del paciente. Podemos afirmar que se convierte en el médico del enfermo, quien lo cuida y se responsabiliza por todos los cuidados que sean necesarios

¹ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Presidente Asociación de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica. 2015-2018. Director Ejecutivo Electo CIMF 2018-2020.

Es por esta razón, que el óptimo desempeño del médico de familia y comunidad en el escenario hospitalario requiere el desarrollo de sus capacidades en comunicación asertiva, cuidados continuados, adaptación a los cambios, liderazgo, conocimiento científico basado en evidencia que pueda ser transmitido de forma sencilla y clara tanto para el paciente como para sus familiares; así como una atención humanizada, utilización racional de los recursos y disminución en los costos de la atención.

Podríamos esperar entonces, que sea quien coordine todas las intervenciones que sean necesarias para la eficaz y satisfactoria evolución de sus pacientes; quien además, convoque a los demás especialistas y otras disciplinas que sean indispensables para obtener un diagnóstico pronto y oportuno, así como el tratamiento consensuado óptimo respetando siempre el consentimiento del paciente, toda vez que las capacidades de este último le permitan una toma de decisiones razonada.

El médico de familia y comunidad cuenta con una serie de herramientas adquiridas durante su formación de especialista, que le permiten de forma concreta valorar de forma biopsicosocial a sus pacientes y familiares; determinar la funcionalidad familiar, ubicar el momento del ciclo de vida individual y colectivo, encontrar las redes de apoyo con que cuenta el paciente y su familia, así como los factores protectores y de riesgo inherentes que podrían afectar la buena evolución de lo que en un principio motivó el internamiento.

Roncoletta y colaboradores, en su artículo ***“Las nuevas competencias del médico familiar: coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio. Una experiencia brasileña.”***, proponen que los resultados esperados de una atención competente del médico de familia coordinando los cuidados de los pacientes hospitalizados deben ser:

1. “Disminuir el tiempo de internación, gracias a la agilidad diagnóstica y al plano terapéutico coordinado entre los diversos especialistas, así como la gestión de alta.
2. Facilitar la presencia de la familia durante la mayor parte de tiempo posible, agregándola en los cuidados, visando la continuidad posterior en domicilio.
3. Facilitar la comunicación de los equipos médicos y de profesionales de salud.
4. Optimizar la utilización diagnóstica, terapéutica y de recursos especiales como la UCI.
5. Prevenir internaciones reiteradas de los pacientes a través de la continuidad de los cuidados.
6. Satisfacción del paciente y familia que viven, de modo práctico, una versión más humanizada de la medicina asistencial.
7. Disminuir los costos de internación hospitalaria y de los programas asistenciales como un todo.” (Roncoletta, Levites, Mônaco, & González-Blasco, Abril-Junio 2009)

Basado en los principios fundamentales del ser del Médico de Familia y Comunidad: competencia técnica, abordaje humanista integral e in-

tegrado, creatividad e iniciativa, gestión adecuada de los recursos disponibles para solucionar los problemas detectados y la integración con liderazgo de los equipos de trabajo; podemos analizar algunos ejemplos de atención hospitalaria brindada en Costa Rica, con ya bastante experiencia, por algunos médicos de familia y comunidad.

Clínicas Hospitalarias de Abordaje Integral y Manejo del VIH.

El papel del médico de familia va encaminado a investigar prácticas de riesgo en relación con el VIH y asesorar sobre la infección en el contexto de la educación para la salud. (Briongos Figuero, Bachiller Luque, Eiros Bouza, & Palacios Martín, 2007)

El principal objetivo debe ser disminuir la incidencia de nuevas infecciones fomentando conductas orientadas a promover la salud; no dejando de lado otros objetivos no menos importantes:

- Prevención, aprovechando la continuidad y accesibilidad
- Detección precoz
- Captación de pacientes infectados
- Seguimiento empático y en un ambiente afable
- Cuidados requeridos en etapa terminal de la enfermedad

La visión de ejecutor de la estrategia de atención primaria que está inmersa en la formación del médico de familia y comunidad, le permite realizar una fluida coordinación entre la consulta especializada y el primer nivel de atención; alcanzando así un abordaje adecuado con calidad de vida para los pacientes.

Hospital de día.

El hospital de día tiene como objetivo brindar una atención ambulatoria, temprana integral e interdisciplinaria a los pacientes que, como consecuencia de un proceso patológico agudo o crónico, precisan atención y supervisión clínica continua y que, dadas las características de las mismas, no requieren su hospitalización; con lo que se disminuye la posibilidad de aparición de complicaciones y la mortalidad derivada de las mismas.

El médico de familia y comunidad debe ser capaz de realizar un abordaje especializado, integral, transdisciplinario, continuo, con excelente manejo de la relación médico - paciente y médico – familiar; además de generar una presunción diagnóstica basada en la integración de síntomas y signos que permitan un tratamiento adecuado, personalizado y oportuno de la persona que así lo requiere, utilizando de forma correcta los recursos de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Debe, además, priorizar y hacer un uso adecuado de los recursos en salud con gran capacidad de coordinación inter-niveles de atención en salud y entre las demás especialidades y personal de apoyo; identificar las condiciones y los factores físicos, psicológicos, sociales, culturales y asistenciales con potencial riesgo de alterar el equilibrio del paciente con una determinada enfermedad que presenta una agudización de la misma.

Por último, pero no menos importante, debe asistir a las sesiones de equipo de aquellos casos que generen un reto diagnóstico o controversia en cuanto al abordaje y manejo en general, con el fin de enriquecer el intercambio de conocimiento científico.

Clínicas de Cesación de Tabaco

El tabaquismo es una enfermedad crónica que tiene un componente físico, psicológico y social; con importantes y múltiples implicaciones negativas para la salud. Por lo que el mejor tratamiento consiste en un abordaje transdisciplinario, grupal y con apoyo farmacológico.

El médico de familia y comunidad debe desarrollar un liderazgo eficaz y cordial que permita el adecuado funcionamiento del equipo de trabajo en equipo, y lograr un abordaje integral e integrado de los pacientes tabaquistas basado en el conocimiento amplio de la dependencia física e implicaciones que tiene el tabaco sobre el estado de salud.

Un adecuado y articulado trabajo intersectorial e inter-niveles de atención, garantiza un adecuado seguimiento de los pacientes; por lo que el médico de familia debe ser capaz de generar informes sobre las diferentes actividades realizadas para ser presentados en los diferentes ámbitos de discusión para la toma de decisiones.

Debe proponer estrategias de empatía y comunicación asertiva con los pacientes así como elaborar el material necesario para las diferentes actividades que se realizan en el seno de la Clínica; conocer a cabalidad los mecanismos efectivos de la breve intervención con la identificación de la etapa en la cual se encuentra cada paciente y poseer la herramientas de soporte y análisis indispensables para el abordaje oportuno e individualizado de cada paciente. (Prochaska & DiClemente, 1982)

Gestión Hospitalaria

En el ámbito de la gestión en centros hospitalarios, los médicos de familia y comunidad deben adquirir capacidades para:

1. Gestionar el ingreso de pacientes a los diferentes servicios de acuerdo a priorización
2. Mejorar el flujo de pacientes ingresados al valorar las necesidades de cada uno de los servicios
3. Analizar la larga estancia hospitalaria por cada servicio, con su respectiva causalidad, en busca de acciones correctivas que influyan de forma positiva en la disminución del tiempo de internamiento
4. Realizar informes gerenciales semanales sobre indicadores de hospitalización
5. Desarrollar estrategias para la optimización del recurso cama hospitalaria
6. Incentivar proyectos de infraestructura que respondan a las necesidades operativas de la población hospitalaria atendida
7. Gestionar recursos (insumos e infraestructura) para la ejecución de proyectos
8. Participar en el equipo gestor de riesgo de ente hospitalario así como de aquellos espacios en los que la toma de decisiones deba basarse en un análisis integral e integrado del problema

La obsolescencia de los modelos de atención tradicional está obligando a incorporar acciones como: el énfasis en el abordaje intersectorial de los determinantes de la salud, en la promoción y en el control de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales, en la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable; la prevención de enfermedades con énfasis en la pesquisa oportuna o el diagnóstico precoz de éstas; la resolución integral de los problemas de salud en forma ambulatoria, incorporando mecanismos de financiamiento que incentiven el trabajo colaborativo de distintos dispositivos y establecimientos y el uso racional de tecnologías sanitarias con eficacia y efectividad científicamente demostrada, que permitan la maximización del impacto sanitario. (Artaza Barrios, Méndez, Morrison, Reynaldo, & Suárez Jiménez, 2011)

El médico de familia y comunidad es llamado entonces a ser el gestor de organización de la red de servicios asistenciales; su formación permeada con la estrategia de Atención Primaria en salud le permite, independientemente del lugar en donde labore, mirar siempre al primer nivel de atención y asegurar la continuidad de los cuidados a los usuarios una vez dados de alta del centro hospitalario.

Así las cosas, es imperante que en las currículas de formación de programas de Medicina Familiar y Comunitaria a nivel Iberoamericano, se incorporen las competencias necesarias para que el reto de asumir con liderazgo las labores en el ambiente especializado de los hospitales, sea un reto claro y sencillo; y que cada médico de familia y comunidad tenga las destrezas suficientes para alcanzar el objetivo primordial de una atención centrada en la persona, integral, integrada y continua.

Bibliografía

1. Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (5 de Abril de 2018). Perfil Profesional del Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. *Diario Oficial La Gaceta*, págs. 39-43.
2. Roncoletta, A., Levites, M., Mônaco, C., & González-Blasco, P. (Abril-Junio 2009). Las nuevas competencias del médico familiar: coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio. Una experiencia brasileña. *Archivos en Medicina Familiar*, 78-89.
3. Briongos Figuero, L. S., Bachiller Luque, P., Eiros Bouza, J. M., & Palacios Martín, T. (2007). Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. *Anales de Medicina Interna*, 24(8), 399-403.
4. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. (Vol. 1).
5. Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Morrison, H., Reynaldo, & Suárez Jiménez, J. M. (2011). *REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: EL DESAFIO DE LOS HOSPITALES*. Santiago, Chile: OPS.

Gestión en Medicina Familiar

Dr. Humberto Jure

Los profundos cambios que nuestra sociedad ha experimentado en el último siglo tienen su correlato en nuevas formas de relacionarnos y comportarnos. Hemos adoptado nuevos modos de vida y estilos de vida que en buena medida explican la transición epidemiológica que se ha producido en las últimas décadas en salud, con el consecuente avance de las enfermedades no transmisibles como principal causa de discapacidad y muerte. Entre las mismas podemos señalar: las Adicciones, la Violencia, las muertes por Accidentes de Tránsito, la Diabetes, la Obesidad y la Hipertensión Arterial.

Frente a esta realidad, resulta necesario promover un cambio de paradigma que propicie una nueva aproximación a la problemática de la salud de las personas, sus familias y sus comunidades, poniendo el eje en la Determinación Social de la Salud. Esta perspectiva nos permitirá avanzar hacia nuevos modelos de abordaje para comprender la importancia de una visión integral y transdisciplinaria, e identificar la vulnerabilidad de ciertas familias y comunidades y la relación que existe entre los procesos protectores y deteriorantes de la Salud como un fenómeno complejo que requiere de acciones intersectoriales.

Desde este marco, se procura avanzar en la elaboración de una propuesta práctica, que tomando como eje la persona, situada en un contexto determinado (personal, familiar y comunitario), pueda dar cuenta de las expresiones, singulares, particulares y generales del Proceso Salud Enfermedad Atención.

A partir de estas premisas procuramos avanzar en el esbozo de los elementos constitutivos un Modelo de Gestión Territorial Integral que nos permita la observación, análisis, comprensión y diseño de intervenciones en Salud.

Esta perspectiva, requiere comprender un modelo de trabajo sustentado en espacios de gestión territorial integral, participativos e interdisciplinarios, que promuevan una atención centrada en las personas, sus familias y sus comunidades.

Aportes de la Medicina Familiar

La perspectiva propia de la medicina familiar considera como unidad funcional de cuidado y abordaje a la persona en su contexto familiar y comunitario. En la constitución de esta perspectiva ha contribuido sustancialmente la Teoría General de Sistemas al facilitar

la comprensión del carácter relacional de la familia, y proporcionar además una variedad de herramientas que facilitan el abordaje de demandas y conflictos que emergen de la dinámica, la interrelación, la evolución y demás condiciones de la familia y sus implicancias en las condiciones de salud de cada miembro en particular y de la familia en general.

Este aporte de la Teoría General de Sistema, que posibilita la comprensión y el análisis del proceso salud-enfermedad como totalidad y las interacciones entre sus distintos componentes, constituye una contribución significativa. Otro aporte sustantivo lo constituye la propuesta de Ian Mc Whinney, denominada Proceso Clínico Centrado en el Paciente, el cual pretende mediante la incorporación de diferentes componentes ampliar la capacidad comprensiva del método clínico, propiciar el análisis contextual y la incorporación de la subjetividad del paciente y del médico y su significancia e implicancias en el proceso salud enfermedad atención.

Este proceso está condicionado por las potencialidades, capacidades y limitaciones que las personas, las familias y las comunidades evidencian en el manejo de los recursos disponibles (Rojas, et col 2008). Entonces será necesario en su abordaje “distinguir sin desarticular y asociar sin reducir” (Morin, 2005).

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

De esta forma si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, clínica y aparece en escena la persona como sujeto concreto, social y subjetivamente constituido (Souza Campos, 2001:73). Así es como esta “clínica centrada en el sujeto” pretende superar la tendencia ontologizante clásica de la medicina, mediante la cual la identidad, la historia y el sentir de las personas queda subsumido y desdibujado bajo un rotulo impersonal, que le otorga una nueva identidad, una especie de segunda piel que lo redefine (el diabético, el psicótico, el canceroso).

Gestión Territorial Integral

Con este enfoque se pretende innovar las interpretaciones tradicionales y construir nuevas alternativas, sin dejar de reforzar las ya existentes, en la búsqueda permanente de proteger los derechos de la comunidad, en donde el Equipo de Salud asume un rol protagónico junto a cada uno de los actores sociales en un espacio territorial determinado.

Este modelo está basado en la concepción de “persona como sujeto de derecho”, con carácter de actor social activo y marcado protagonismo en las acciones de cuidado y recuperación de su salud y procura for-

tales los procesos protectores y atenuar los procesos deteriorantes que la comunidad posee. Su implementación no depende sólo de los profesionales de la salud, sino que requieren de un aporte transdisciplinario y fundamentalmente de decisiones políticas y estratégicas firmes y sustentables en el tiempo. El abordaje de un proceso complejo requiere el aporte e interacción de los distintos integrantes del equipo de salud en pos de un objetivo en común. Se propone además una perspectiva de acción intersectorial, generando articulaciones ciertas con otras áreas de gobierno y organizaciones formales y no formales de la comunidad.

Conclusión

La salud no comienza y se reproduce, única y esencialmente en las personas sino en la sociedad, y sólo parte de sus elementos se muestran y realizan como efectos en los individuos (Breilh 2013). La clínica tradicional debe comprender que se empobrece toda vez que ignora estas interrelaciones, perdiendo, inclusive la capacidad de resolver problemas estrictamente clínicos (Souza Campos, 2001:76). Desandar el camino desde ciertas expresiones singulares del proceso salud enfermedad atención, situando los fenómenos en su contexto permite visibilizar el sinnúmero de variables que lo atraviesan y determinan. La relevancia de este ejercicio de deconstrucción radica no solo en hacer posible la comprensión de la génesis de determinados procesos, sino que básicamente facilita la identificación de otros componentes y otros actores para así poder pensar de manera colectiva estrategias de resolución de los problemas de salud más amplias e integrales.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud, 1995. Carta del médico general/médico de familia en Europa. Oficina Regional Europea. Copenhague. EUR/ICP/GPDV 94 01/PO 01
2. Declaración de Sevilla "Comprometidos con la salud de la población" I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar (Sevilla, España, 14-17 de mayo 2002) en <http://files.sld.cu/sccs/files/2010/08/7-declaracion-de-sevilla-2002.pdf>
3. Arias Castillo L, Herrero Murgueitio J. 2000, Medicina Familiar: Avance y Retos del Milenio. Médico de Familia. Revista Venezolana y Regional Andina de Atención Médica Primaria. Vol. 8-Nº1 y 2. Enero-Diciembre.
4. Starfield B., Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos, Gerencia y Políticas de Salud, noviembre, año/vol.1, número 001, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia pp.7-16
5. Sousa Campos G., 2001, Gestión en Salud, en Defensa de la Vida, Buenos Aires, Lugar.
6. Cerda Seguel, D. 2008, Tierra, Sentido y Territorio. La Ecuación Geosemántica. <http://revista.escaner.cl/node/693>
7. Lalonde, M. 1973, PAHO, "New Perspectives in Health of Canadians"
8. Jure, H., "Abordaje grupal y comunitario de los problemas de Salud", en Medicina Familiar, tomo 1, Akadia, pág.161.
9. Almeida -Filho Naomar. La Ciencia Tímida, Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires. Editorial Lugar. 2000

10. Breilh, Jaime. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Editorial Lugar. 2003
11. Mc Whinney Ian. Medicina de Familia. Madrid: Ed. Doyma. 1995
12. Menendez Eduardo. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". Salud Colectiva. Spinelli Hugo, Compilador. Buenos Aires: Editorial Lugar. 11-47. 2005
13. Morin, Edgar. Introducción al pensamiento Complejo. Editorial Gedisa: Barcelona. 2005
14. Saez Mirta. Proceso Clínico Centrado en la Persona. Archivos de Medicina Familiar y General. Volumen 5 Número 1. Pág. 2-11. 2008

CAPÍTULO XXVIII

Gestión del tiempo en el consultorio de medicina familiar

Dr. Raul O Urquiza

De las actividades descritas como pilares de la medicina familiar, es decir la asistencial, la docencia, la gestión y la investigación, no siempre tienen el mismo el mismo peso en la actividad cotidiana, dependiendo del cargo y del marco organizacional en el que desarrolle su actividad, la formación en gestión es una asignatura pendiente en la curricula de nuestra especialidad, cada vez hay más médicos de familia en lugares estratégicos de en Ministerios, Seguros Sociales, Universidades, implicados en los procesos de toma de decisiones.

La entrevista médica, constituye la herramienta básica del profesional de atención primaria, y desde la relación médico/ paciente, familia, comunidad se debería construir el acompañamiento en el proceso salud enfermedad.

Hay por lo menos 3 elementos claves que deben considerarse en la entrevista:

- **Tiempo:** para explicar lo que le pasa, requiere y satisfacer necesidades y expectativas de los pacientes
- **Accesibilidad:** grado de facilidad para conseguir servicio de salud
- **Cualidades apropiadas:** humanidad, escucha, empatía, competencia clínica, capacidad de comunicación.

El tiempo de duración de la consulta, es muy variable en los países, la Organización Mundial de la Salud, considera que el promedio mundial está alrededor de los 10 minutos por persona, esta cifra es meramente descriptiva y no valorativa, y está influenciada por una gran cantidad de variables, algunas de ellas:

-Especialidad medica

-**Tipo de relación contractual**, modalidad de pago (salario, por prestación, cápita, mix de ellas), de manera tal que en los modelos de pago por prestación maximizar el número de consultas en la unidad de tiempo genera mayores ingresos al prestador y consecuentemente puede acortar el tiempo en cada consulta, en el sistema capitado donde se paga por la cantidad de personas a cargo, puede pasar algo parecido, en el pago por salario el prestador cobra por carga horaria, en estos casos suele ser la Institución la que impone los tiempos medios de consultas y/o el número de personas atendidas en cada jornada laboral.

-Sistema organizacional de la institución, se prioriza la producción (mayor número de consultas posibles) cupos demasiados grandes, población añosa, poco personal, etc., el aumento de la demanda puede reducir los tiempos de cada consulta, en España por ejemplo están luchando hace años por conseguir al menos 10 minutos por paciente, hoy en algunas regiones están en cerca de 5 minutos, promedio nacional español 6,7 min, en Argentina el tiempo de consulta varía según lugar de trabajo, pero promedio de 15 minutos, en Colombia ley 100 de 1993 determina 20 minutos por consulta

-Factores culturales, religiosos, etnias, etc.

- **Personales de los pacientes**, como personalidad, formación, edad, sexo, estado mental, comunicabilidad
- **Personalidad y estilo de trabajo del médico**, influye ánimo, motivación, habilidad comunicacional y de la entrevista clínica, paradigma médico, paternalismo, capacidad resolutive, formación, experiencia.
- **Tipo problema atendido**, los administrativos suelen ser mucho mas rápidos que los psicosociales.

Escaso tiempo en la consulta condiciona una peor atención médica, en aspectos dimensionables como mayor número de derivaciones, peores prescripciones, menor satisfacción en los pacientes y en los profesionales, estrés profesional, mayor riesgo de errores médicos (tercera causa de mortalidad en EEUU), menos oportunidad de educación sanitaria, poco tiempo para prevención y consejería, menor abordaje psicosocial, mayor litigiosidad, peor clima organizacional.

El medico como gestor de su consulta, puede y debe participar en la gestión de la demanda de sus consultas, a sabiendas que uno de los problemas mas sentidos por los médicos de familia es la elevada presión asistencial, siendo esta situación muy extendida en la región Iberoamericana.

Los elevados cupos de pacientes asignados si bien a priori parecería ser la causa, no es la única, hay otras de gran importancia que dependen del usuario por ejemplo morbilidad crónica, salud mental, promedio de edad de la población a cargo. También el mismo médico de familia, por su metodología de trabajo puede aumentar el número de consultas.

El promedio de la tasa de uso en los países de la región 3 a 4 consultas por habitante y por año, en población general, estos números varían drásticamente en menores de un año (12 consultas año) y población mayor de 65 años con un promedio semejante. El número de consultas al año en España en el 2008, ha sido de 8,1 consultas por habitante por año (datos 2006), media europea 5,6. Datos 2009 España 7,5, solo superados Hungría 12, R. Checa 11, y Alemania 8,2

Resulta muy sencillo calcular el tiempo medio de consulta en nuestra práctica diaria, dividiendo el tiempo trabajado/ número de consultas realizadas, por ejemplo: si trabajamos 6 horas al día y vemos un promedio de 40 pacientes en la jornada laboral
 $6 \text{ hs trabajo diario} = 360 \text{ min} / 40 \text{ pacientes} = 9 \text{ min por paciente.}$

Este cálculo es solo aproximado porque hay tiempos muertos, cuando el paciente no responde rápido al llamado, se fue al sanitario, se desplaza lentamente de la sala de espera al consultorio, etc.

Puede desglosarse la consulta en varias fases, que suelen estar siempre presentes aunque muchas veces superpuestas o en distinto orden cronológico:

- 1) llamar paciente, saludarlo, indicarle que se siente, es el tiempo hasta que comienza a narrar el motivo de consulta
- 2) tiempo de exposición del problema hasta que el médico inicia el interrogatorio
- 3) tiempo de exploración física y valoración de exámenes complementarios
- 4) tiempo de recomendaciones, consejos, indicaciones, hasta la despedida
- 5) diálogos al margen
- 6) escritura en la historia clínica

Tal vez las fases menos conocidas y estudiadas sean la recepción del paciente y la despedida, son las que tienen más carga social, y pueden ser fundamentales para construir o fortalecer la relación médico-paciente. Hay estudios que muestran que ciertas conductas pueden hacer perder la oportunidad de una buena primera impresión.

Por parte del médico: Sonreír, clarificar su rol, asegurar privacidad, charla social, llamar paciente por su nombre, contacto físico como dar la mano, son factores relevantes en la recepción de los pacientes y sus familias.

En el cierre de la consulta chequear la comprensión de las pautas sugeridas, animar y apoyar, resumir para facilitar la comprensión, clarificar el plan, charla social, y el contacto físico al saludar son adyuvantes también de la relación médico-paciente y la adherencia de los mismos. Si la idea es reducir la presión asistencial se pueden sugerir algunas estrategias:

- 1) Debemos conocer en nuestro consultorio/ centro de salud algunos datos básicos cuantitativos en función de la población a cargo que tenemos, o del área programática. Conocer y definir nuestra práctica, cuales son urgentes, importantes, por ejemplo:
 - ▶ Presión asistencial:
 - Nº de visitas por profesional y por día
 - Exceso puede ser por elevado cupo y/o alta frecuentación
 - ▶ Frecuentación:
 - Nº consultas por habitante por año
 - Se eleva por: Organización inadecuada
 - Autoinducción consultas
 - Gran morbilidad

En este caso tratar de conocer los motivos de las consultas y analizarlos:

Asistenciales / Burocráticas

Conocer la cualidad: Previsibles / No previsibles

Veremos como muchas son burocráticas y podrían diligenciarse de otra manera, no es efectivo ni eficiente tener a los profesionales rellenoando fichas administrativas, muchas también son previsibles y pueden organizarse más ágilmente.

► **Consultas primera vez define características de la población, y las ulteriores del medico**

► **Es lo mismo evaluar dos cupos iguales, con diferente promedio 1º vez y ulteriores? La respuesta es no.**

2) Dependiendo de la modalidad operativa de trabajo, las consultas administrativas suelen ser elevado, puede reducirse 15% a 25% solo gestionando la repetición de recetas a pacientes crónicos, dándolas por plazos mas prolongados, o cuando viene por cualquier motivo proveerlos de las mismas para que no tenga que regresar por ellas. Desburocratizando los certificados, constancias, etc.

	Urgentes	No Urgentes
Importantes	Crisis	Planificación Anticipación Oportunidades
No importantes	Interrupciones Correspondencia Informes	Trivialidades

Motivo/ previsibilidad	Administrativa	Asistencial
Previsible	Acá suelen estar mayoría, repetición de recetas, certificados, etc 48%	Controles de pacientes crónicos, Actividades preventiva 30%
Imprevisible	Tareas como certificados por ausentismo, recetas, informes, que no se pueden prever 2%	Urgencias 20%

- 3) Poder flexibilizar la agenda, los pacientes más complicados días de menor demanda, flexibilizar las épocas del año con picos de enfermedades estacionales.
- 4) Distanciar el seguimiento de los pacientes crónicos reduciendo el número de visitas, en aquellos casos que no producen mas salud, hay corriente de pensamiento como “prevención cuaternaria” que apunta a esto.
- 5) Consulta telefónica, dar resultados que no requieren presencia física, en horarios fuera de la consulta formal, en un espacio y tiempo creado ad hoc.
- 6) Mayor posibilidad resolutive a enfermería.
- 7) Medidas de red back sobre nuestras prácticas, como numero de interconsultas, derivaciones, prescripciones, como parte proceso de mejora continua

- 8) Abordaje y manejo de los hiperutilizadores, conociendo cuales de las causas mas habituales los movilizan (físicas, psíquicas, social, familiar, cultural, administrativa, relacional) para actuar sobre ellas.
- 9) Formación en abordaje psicosocial
- 10) Trabajos por campañas, plan "picos de demanda"

Bibliografía:

- 1- M. Seguí Díaz, L. Linares Poub, W. Blanco López, J. Ramos Aleixadesa y M. Torrent Quetglas, Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria* 2004;33(9):496-502
- 2- Mancera Romero J, et al. Evolucion de la actividad asistencial en un centro de salud.. *Medicina de Familia (And)* Vol. 7, N.º 1, marzo 2006
- 3- Sanz E, et al. Aplicación de la agenda de calidad en una consulta de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(7):363-9
- 4- Ruiz-Moral R et al. Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Aten Primaria*. 2005;36(10):537-43
- 5- Orozco Beltrán D, et al. Gestión clínica de la consulta: pre-visibility y contenido clínico (estudio SyN-PC) *Aten Primaria* 2004;33(2):69-77
- 6- Suarez Cuba, M. Medicina centrada en el paciente. *Rev Med La Paz*, 2012;18(1): 67-72
- 7- Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Pérula de Torres L y Prados Castillejo JA, por el grupo de investigación COMCORD.– Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 2002. 29 (3): 132-144
- 8- D. Outomuro et al. Tiempo de consulta ambulatoria .- *Rev Med Chile* 2013; 141: 361-366
- 9- Jiménez Alés R, Navarro Quesada FJ. Aprendiendo a gestionar mejor la consulta. En AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría* 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 293-300
- 10- J. Millas Ros et al. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Aten Primaria*. 2011;43(10):516---523

CAPÍTULO XXIX

Calidad de la Atención en Medicina Familiar y Atención Primaria de la Salud

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega
Dra. Jacqueline Beatriz Roo Prato

Hablar de calidad de la atención en Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud (APS), nos lleva a revisar dos grandes temas: la APS y la Calidad de la Atención.

La Atención Primaria de la Salud

Iniciaremos diciendo que entre los años de 1960 – 1970 existía una crisis mundial generada por factores como la Guerra Fría, dictaduras militares y otros con democracias inestables, que generaban severas crisis económicas y políticas, que impactaban en la salud de muchas personas en todo el mundo. La idea de impulsar una estrategia de atención a la salud que estuviera al alcance de ricos y pobres, resultó muy atractiva para los tomadores de decisiones de 134 países y 67 organizaciones internacionales, los cuales acudieron a la convocatoria hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a participar en la Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud, en Alma-Ata, ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), el 12 de septiembre de 1978. En esta Conferencia Internacional se expresó "...la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo..." La intención de la Declaración de Alma Ata, era alcanzar la "Salud para Todos" en el año 2000, lo cual, evidentemente no fue posible. Diferentes factores han intervenido en la falta de impacto de la APS en los sistemas de salud de muchos países, las más importantes fueron la falta de entendimiento del significado de los 10 componentes de esta Declaración, en muchos casos se consideró una estrategia para brindar atención a gente pobre, por lo que se diseñaron paquetes básicos de salud, sin el compromiso gubernamental en el rediseño de las reformas a los sistemas de salud. Muchos otros han mantenido un discurso político en favor de la APS, e incluso, han impulsado reformas que darían soporte a un modelo de salud con estas características, no obstante, no se han acompañado estas iniciativas del financiamiento que permita su viabilidad. En otros casos, se promueve la APS, pero no se forman recursos especializados en esta área. La OMS/OPS, define la APS en el documento *La Renovación de la APS en las Américas de 2007*, como "...la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de las veces". Refiriendo además que esta definición es la más común en Europa y en otros países industrializados, ubicando al especialista en Medicina Familiar, como el más idóneo para trabajar bajo este enfoque.

Pese a lo anterior, la APS en la Región de América Latina ha tenido avances importantes, ya que a casi 40 años desde su aparición, los indicadores de morbimortalidad, esperanza y calidad de vida saludable han mejorado de forma evidente, incluyendo los países más pobres y con menor inversión en salud. A manera de ejemplo, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en promedio 6 años; la mortalidad infantil se redujo una tercera parte y la perinatal 35%; las muertes por enfermedades transmisibles y afecciones del sistema circulatorio se han reducido en un 25%.

A pesar de estos avances, debemos considerar que la polarización y transición epidemiológicas están ocurriendo en muchos países de la Región, coexistiendo patologías infecciosas propias de países en desarrollo, como la tuberculosis, parasitosis y diarreas, así como las generadas por los avances sanitarios, tecnológicos y de urbanización, tales como el envejecimiento de la población, la obesidad, diabetes, hipertensión arterial, accidentes y violencias, adicciones, etc.

Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizacional, además de recursos humanos especializados, con el soporte económicos y tecnológicos que permitan alcanzar la mayor capacidad resolutive posible en el primer nivel de atención —de nada sirve contar con personal especializado en Medicina Familiar o APS, si no se cuenta con la infraestructura necesaria para aplicar sus conocimientos, es como si ese recurso no existiera—. También emplea prácticas de organización y gestión que consideran al médico familiar o al especialista en APS como puerta de entrada al sistema de salud, con el objetivo de incrementar la efectividad y eficiencia del primer nivel de atención. Un sistema de salud basado en APS da respuesta a las necesidades de salud de la población, presta atención integral e integrada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la educación, prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema.

La Calidad de la atención

El concepto de calidad tiene sus orígenes en Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial. A pesar de haber sido muchos los teóricos de la Calidad, nos referiremos sólo a los más destacados, según su obra.

Iniciaremos con William Edwards Deming (1900-1993), trabajó desde 1927 con el Dr. Shewhart en el control estadístico de los procesos. En 1942 impartió una serie de cursos sobre el “Control Estadístico del Proceso” en la Universidad de Stanford, dirigido principalmente a los ingenieros jefes de Producción de empresas fabricantes de armamento, lográndose corregir 15% de los errores de producción, causados por el operario de línea y el supervisor. En 1950 fue invitado por Kaoro Ishikawa, presidente de la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (UCIJ). El resultado del trabajo de Deming mediante la implantación de los sistemas estadísticos para la calidad, fue la reducción de 90% del reproceso de los cables fabricados en la Furukawa Electric Company en su planta de Nikko. Esos resultados llevaron a establecer en Japón (1951) el Premio Deming a la calidad y confiabilidad de productos y servicios.

En los orígenes de la cultura de la calidad que se abordan, coincidieron con Deming Kaoru Ishikawa, japonés y Joseph Juran, también ingeniero y abogado, nacionalizado estadounidense, quienes fueron consistentes en su estudio y coincidieron en sus teorías al respecto de la Calidad, aunque también tuvieron diferencias importantes. En su trabajo con la industria manufacturera, pudieron sustentar el concepto de Calidad Total, que es definida por Ishikawa como “Cumplir con todos los requisitos y especificaciones previamente determinados, mismos que deben cuidarse desde el inicio de su fase productiva”, ¡Hacer las cosas bien desde el principio para asegurar cero errores! Este concepto contraviene con otro establecido en esos tiempos y que aún se puede escuchar en muchas organizaciones, es el “control de calidad”. Éste concepto implica que es necesario estar supervisando el proceso y producto o servicio, ya que de antemano se sabe que tendrá errores y habrá que detectarlos para corregirlos. Calidad total implica que no debe haber errores y que por ende, no es necesario realizar “control de calidad”. Otra aportación de este ingeniero fueron los “círculos de calidad”, donde se reúnen los trabajadores para discutir aspectos importantes de los procesos de producción para lograr mejoras. La creación de los 11 puntos de los procesos de Mejora Continua planteados por Ishikawa, son tan actuales como los 14 planteados por Deming en los procesos encaminados a la búsqueda de la Calidad. Finalmente, también Ishikawa también fue creador del diagrama de la “espina de pescado” o diagrama de causa-efecto, utilizado en la actualidad para encontrar las posibles causas de un problema.

Juran impulsa entre otras cosas, el concepto de Aseguramiento de la Calidad por medio de la “trilogía de la calidad”, la planificación de la calidad, el control de la calidad y demuestra que son la planificación financiera, el control financiero y el aumento de utilidades, herramientas para evitar los “costos de la no calidad” o “fábrica oculta”, da una justificación económica a la necesidad de implementar procesos de mejora.

De la misma forma, además de Juran, Feigenbaum (1951) y Crosby (1961) (que en su libro “Quality is free” categoriza y determina con claridad el impacto de los costos de la no Calidad), refuerzan el concepto de la Calidad Total, en el sentido de crear la aplicación global que hoy aceptamos como lógica para un sistema de gestión de la Calidad.

En los años ochentas y noventas se incorporó al concepto de Administración Total de la Calidad, el análisis de los procesos de mejora continua, considerando además los estudios mercadológicos (necesidades del consumidor), como una oportunidad competitiva. En esta etapa surgió un teórico libanés, de origen armenio y nacionalizado estadounidense, llamado Avedis Donabedian (1919-2000), profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, Estados Unidos, que desarrolló algunos conceptos fundamentales en el entendimiento de la calidad de la atención, aplicándola a la organización de servicios de salud.

Una de las primeras aportaciones de Donabedian fue incorporar al estudio de la Calidad de la atención de la salud, el análisis de los factores que influyen en la estructura, proceso y resultados:

Estructura: Recursos humanos (médico, enfermera, trabajadora social, etc.); instalaciones como el edificio, consultorios, sala de espera, jardines, áreas de hospitalización, equipamiento, mobiliario, materiales, etc. En el aspecto de los recursos humanos Donabedian describe dos dimensiones de interacción entre el médico y el paciente (profesional-cliente), la dimensión técnica y la interpersonal. La primera corresponde a la aplicación de los conocimientos médicos y científicos, además del adecuado uso de la tecnología parte del médico: mientras que la segunda comprende la interacción entre dos personas, médico-paciente o profesional-cliente, en donde la intervención técnica pudo ser “brillante”, no obstante, el trato hacia el paciente pudo ser descortés, déspota o grosero y dejar al paciente profundamente insatisfecho o enojado.

Proceso: Indica los procedimientos que los recursos humanos realizarán para atender a las personas en los diferentes servicios de la unidad médica, así como los mecanismos de interacción entre los diferentes departamentos o áreas, manteniendo la red de servicios fluida y en armonía en beneficio del paciente. A manera de ejemplo, involucra desde la admisión de pacientes, la programación de citas, interconsultas y referencias a especialistas, visitas a domicilio, disponibilidad y acceso a los servicios, entre otras. Puede ser que el edificio sea nuevo, moderno, hermoso, el personal médico y paramédico extraordinario y sin embargo, estar las citas a un mes, no haber camas en el servicio de urgencias, el tiempo de espera de horas, entre otros ejemplos.

Resultado: Satisfacción o insatisfacción de los pacientes o usuarios. Indicadores de los niveles de salud (morbilidad, mortalidad, quejas, etc.). Costos de atención (eficacia, eficiencia), infecciones nosocomiales, mala imagen institucional, etc.

Donabedian definió la calidad de la atención como “El logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente”. Y también incorporó de una manera más amplia la importancia de la evaluación, la satisfacción del cliente y la acreditación en los servicios de salud.^{7,8,9}

Calidad de los Servicios de Salud en APS

La Organización Mundial de la Salud, define la Calidad de los Servicios de Salud como “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso”. Además hace hincapié en la corresponsabilidad que debe tener el Estado, los prestadores de servicios y los pacientes o usuarios.¹⁰

Para Lohr, “calidad es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales”. Para el Programa de Salud Español, “...calidad es la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario...”⁷

En el documento *“La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”*, publicado por OPS/OMS, se definen tres aspectos relevantes:

El primero, que el especialista en Medicina Familiar es el profesional más calificado para implementar la estrategia de Atención Primaria. En este punto vale la pena puntualizar, que hay muchas personas, organizaciones y gobiernos, que no alcanzan a diferenciar que APS no es igual a Medicina Familiar y que sin embargo, es el profesional que con base a su formación, domina los elementos que conforman la estrategia de APS para ponerla en práctica con altos niveles de eficacia y eficiencia.⁴

El segundo, que dentro de los principios de la APS, se encuentra la prestación de servicios orientados hacia la calidad, lo cual define de la siguiente manera:

“...son aquellos que además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparse a ellas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran la mejor intervención para sus problemas de salud, evitando cualquier daño. Cumplir con este requisito requiere dotar a los profesionales de la salud de conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y de los instrumentos necesarios para su actualización continua. La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, y para asignar los recursos de manera adecuada; para ello es preciso contar con métodos de garantía de calidad y de mejora continua de la misma. Para lo anterior, es necesario un liderazgo fuerte e incentivos apropiados de modo que este proceso sea efectivo y sostenible”⁴

El tercer punto es fundamental. En sus inicios la APS presentaba de una manera muy básica, diez puntos de acuerdo alcanzados en Alma Ata para alcanzar la salud para toda la humanidad en el año 2000 y enfocaba sus acciones en materia de salud, alimentación y servicios, que podían ser realizadas por profesionales de la salud sin formación especializada, y que sin embargo, hacía viable la estrategia hace 40 años, dadas las carencias de talento humano en muchos países. En el documento que se cita, se hace referencia a “Valores” como el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad. También hace referencia a otros “Principios” adicionales a la calidad de los servicios descrita en el punto anterior, tales como: dar respuesta a las necesidades de salud de la población; la responsabilidad y rendición de cuentas; la sostenibilidad; justicia social y la intersectorialidad. Finalmente, y éste es el punto en el que hago hincapié, se mencionan los “Elementos” de la APS, dentro de los cuales se hace alusión al perfil del médico de Familia, sin que se mencione: “el primer contacto”, indicando que la APS al igual que el médico de familia deben ser la puerta de entrada al sistema de salud; “La atención integral, integrada y continua”, que hace referencia igualmente a la integralidad con que el médico familiar atiende a sus pacientes y familias a lo largo de toda su vida, no se limita a la atención médica en consultorio, también se incluye la educación, promoción, prevención y rehabilitación en caso

necesario, pero además, involucra a las redes de servicios entre los diferentes niveles de atención, los cuales deben ser coordinados por el especialista en Medicina Familiar o en APS. El tercer elemento de la APS renovada incluye “la orientación familiar y comunitaria”. Esto implica que la atención no puede estar basada en el enfoque individual de las personas, lo hace considerando a las personas como parte de una familia y de una sociedad, utiliza la información disponible para desarrollar estrategias de atención y prevenir riesgos en los tres niveles de intervención, individual, familiar y comunitario. Esto último, tendría que obligar a los gobiernos e instituciones educativas y de salud, a formar especialistas en Medicina Familiar, que dieran respuesta a estas necesidades de prestación de servicios enfocadas en APS, ya que es el único especialista en tener ese perfil profesional.⁴

Es importante mencionar que la Calidad de la atención en Medicina Familiar y APS, debe cubrir las siguientes dimensiones que pueden y deben estar sujetas a evaluación:¹¹⁻¹⁴

- Eficacia
- Eficiencia
- Efectividad
- Equidad
- Oportunidad
- Accesibilidad
- Satisfacción de usuarios internos y externos
- Continuidad de la atención
- Integralidad
- Seguridad
- Enfoque de riesgo
- Redes de Servicios en los tres niveles de atención
- Sistemas de información confiables

Eficacia.

Cumplir los objetivos para los cuales fueron diseñados cada uno de los programas y servicios, cumpliendo los estándares establecidos

Eficiencia.

Cada paciente y familia deben recibir la atención que requieran con la mejor calidad y al menor costo posible, considerando en este último los medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete, utilización de servicios hospitalarios, entre otros, evitando el uso de recursos no justificados, así como la polifarmacia y los tiempos muertos.

Efectividad.

Implica maximizar cada una de las acciones que realiza el médico familiar y el equipo de salud. Un ejemplo de esto es que en cada consulta el médico y la enfermera deberán no sólo resolver la dolencia o motivo de consulta del paciente o familia, también será una gran oportunidad para educarlos en su enfermedad, riesgos potenciales a su salud como el cáncer, la diabetes o la hipertensión, de acuerdo a la edad y sexo; realizar tamizaje de diversas patologías e informarse sobre la dinámica y estructura familiar, etc., ¡el paciente está ahí y hay que aprovechar, quizás no regrese!

Equidad.

Otorgar a cada paciente lo que necesita sin ninguna diferencia de raza, género, religión, nivel social, económico, educativo. A veces las personas que menos tienen necesitan más, y en esa medida habrá que apoyarlas.

Oportunidad.

La oportunidad es un factor fundamental en todos los procesos de calidad. La atención médica y todas las acciones de los servicios de salud deben proporcionarse en el momento que se solicitan y cuando se requieren. No es posible que si se demanda una consulta o servicio la respuesta sea “no hay lugar”, “no hay personal”, “no hay material”, y por ende, los efectos sean la sensación de frustración en los pacientes, complicaciones médicas e incluso la muerte y la pérdida de imagen institucional.

Accesibilidad.

Los servicios de salud deben ser accesibles en cualquier momento para quien los requiera y estar ubicados estratégicamente de acuerdo a la población de responsabilidad, con instalaciones que cuenten con la estructura física para la atención de pacientes discapacitados, de la tercera edad o embarazadas.

Satisfacción de usuarios internos y externos.

Dentro de los indicadores de evaluación de las instituciones de salud deben estar siempre presentes la medición del grado de satisfacción de los usuarios externos (pacientes, usuarios, clientes) y también los internos (trabajadores de la salud, directivos, inversionistas). Con frecuencia las encuestas se enfocan a conocer la satisfacción de los pacientes y se olvidan (o no le dan importancia), del personal que atiende a la población objetivo. Debemos recordar que un médico, enfermera o cualquier profesional de salud jamás podrá ofrecer un servicio adecuado (de calidad), a sus pacientes si está enojado o insatisfecho con la organización de salud donde trabaja.

Continuidad de la atención.

La atención médica que brinda el especialista en medicina familiar o el profesional de APS, debe ser continua, desde el nacimiento y a lo largo de cualquier etapa de la vida de los pacientes. También debe incluir las visitas a domicilio del paciente si es necesario y si el modelo de salud lo permite.

Integralidad.

El especialista en Medicina Familiar debe abordar a sus pacientes de manera integral, “como un todo”, entendiendo que tanto la salud como la enfermedad inciden en el individuo a nivel biopsicosocial. La enfermedad tiene repercusiones psicológicas, emocionales y sociales, por lo que el médico y su equipo de salud deben tener las competencias necesarias para trabajar con esta dimensión.

Seguridad.

Cualquier intervención médica o del equipo de salud, sea preventiva, diagnóstica o terapéutica, debe realizarse con absoluta seguridad para

el paciente y estar perfectamente justificada. El paciente debe estar informado en todos los casos del tipo de procedimiento y potenciales riesgos que éste conlleve, incluso, los que parezcan inocuos y aprobarlo.

Enfoque de riesgo.

Los modelos de salud basados en APS o Medicina Familiar tienen como pilar la prevención, por lo que no podría entenderse dentro de los estándares de calidad la ausencia de promoción, actividades preventivas y de educación para la salud.

Redes de Servicios en los tres niveles de atención.

Recordando que en los modelos de salud basados en Medicina Familiar o APS, el médico es en el primer nivel de atención la puerta de entrada al Sistema de Salud, es necesario dotar de los recursos necesarios a este profesional y su equipo para que puedan funcionar como una barrera de contención para el segundo y tercer niveles de atención. Se ha observado a nivel mundial que entre más médicos especializados en medicina familiar tenga el primer nivel y mejor sea el equipamiento de laboratorio, gabinete y farmacia, los médicos familiares pueden resolver del 90% - 95% de la demanda de consulta, refiriendo a la red hospitalaria sólo los pacientes que requieren mayor especialización, equipos y tecnología muy sofisticada, las urgencias, cirugías y atención gineco-obstétrica, lo que abate la saturación de servicios hospitalarios y reduce los costos de atención. En este estándar, es crucial el buen funcionamiento del sistema de referencia y contra-referencia de pacientes.

Sistemas de información confiables

Para la adecuada toma de decisiones en la planeación, organización, dirección y control de los servicios médicos, los sistemas de información son fundamentales, la morbi-mortalidad, las principales causas de solicitud de consulta, los padecimientos de vigilancia epidemiológica, los controles de medicamentos e insumos, los costos por pacientes, etc., deben estar perfectamente sistematizados y organizados, de manera que sean una herramienta para tomar decisiones y evaluar la calidad de los servicios otorgados por toda la organización y/o por cada médico o profesional de salud.

Sistemas de Evaluación

La evaluación dentro de las organizaciones de salud es un componente irrefutable de los procesos de calidad. Durante mucho tiempo se habló del Control de Calidad, sin embargo, hoy en día se habla del Aseguramiento de la Calidad, el cual se puede definir como el "conjunto de acciones planificadas y sistemáticas, implementadas en el sistema de calidad, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto satisfará los requisitos dados sobre la calidad"¹²

Según los Sistemas de Aseguramiento de la Calidad: iso 9000, todas las organizaciones que pretendan asegurar con criterios de calidad deben contar con dos documentos denominados manuales de aseguramiento de calidad, uno es el Manual de Calidad, que define por un lado el conjunto de la estructura, responsabilidades, actividades recursos y

procedimientos que la organización debe cumplir para llevar a cabo la gestión de la calidad. El otro documento es el Manual de procedimientos que dice cómo y cuándo se realizan las actividades.¹²

Hoy en día, muchas de las instituciones de salud que trabajan bajo condiciones de Garantía de la calidad, cuentan con sistemas de evaluación interna, que permite autoevaluarse de acuerdo a los estándares definidos por la propia institución o derivadas del benchmarking (comparándose con otras instituciones similares con buenas prácticas o con estándares destacados que sirven de referencia).

También es frecuente encontrar que con base a las dimensiones descritas en párrafos anteriores, las organizaciones de salud o el propio Sector Salud, define los indicadores con los que habrán de evaluarse todas las instituciones de salud por instancias externas o gubernamentales (en Estados Unidos la Joint Commission y en México el Consejo de Salubridad General), propiciando lo que también se conoce como Sistemas de Acreditación de la Calidad y Seguridad del Paciente, que incluye los Sistemas de certificación y recertificación de los médicos, con periodos de verificación o evaluación cada 5 años y que obligan al profesional a estar actualizado y competente en los problemas de salud que atiende. Aunque no está establecido en todos los países de América Latina, es una recomendación de la Asamblea Mundial de Naciones Unidas.¹³⁻¹⁵

Bibliografía

1. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy (Links to an external site.). *Health Affairs*, 2004; 23(3):167-176. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.23.3.167> [Consultada 03-04-18].
2. Ugarte C, Vera A. Calidad en Atención Primaria de Salud: percepción de los profesionales de los Centros de Salud Familiar y Comunitaria de la ciudad de Valdivia, 2010. [Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciatura en Enfermería]. Chile: Universidad Austral de Chile, Fac Med, Escuela de Enfermería; 2010. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/372241661/Calidad-en-Atencion-Primaria-de-Salud-Percepcion-de-Los-Profesionales-de-Los-Centros-de-Salud> [Consultada 03-04-18].
3. Secretaría de Salud. Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma-Ata, Rusia (1978). 18 de agosto de 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/declaracion-de-alma-ata> [Consultado el 04-04-18]
4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC, 2007.
5. - Méndez Rosey JL. Calidad, concepto y filosofías: Deming, Juran, Ishikawa y Crosby. 2013. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/calidad-concepto-y-filosofias-deming-juran-ishikawa-y-crosby/> [Consultado el 07-01-18]

6. Calidad. En: Stoner J, Freeman R, Gilbert D. Administración 6 ed. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A; 1996.p.226-255.
7. - Villalba RD. Calidad en la Atención Primaria de la Salud. Rev Enfermería Global 2007. 6 (1):1-15. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/199/168> [Consultado el 07-01-18]
8. - Delgado Gallego ME, Vázquez Navarrete ML, Moraes Vanderlei L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Rev Salud Pública 2010; 12 (4): 533-545. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n4/v12n4a01.pdf> [Consultado el 07-01-18]
9. - Programa de Salud Infantil. Calidad en los cuidados preventivos. Criterios de calidad e indicadores. AEPap 2009. 555-572. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/calidad.pdf> [Consultado el 07-01-18]
10. - Vargas González V, Valecillos J, Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. Rev Ciencias Soc (Ve) 2013; XIX (4): 663-671. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/280/Resumenes/Resumen_28029474005_1.pdf [Consultado el 07-01-18]
11. - ISOTools. Conceptos fundamentales de la calidad en salud. 2015. [Software de gestión para La excelencia empresarial] Disponible en: <https://www.isotools.org/2015/06/29/conceptos-fundamentales-de-la-calidad-en-salud/> [Consultado el 07-01-18]
12. - Borja Fonseca FE. La calidad: conceptos generales. [Monografía en internet]. Monografía.com.SA. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos75/calidad-conceptos-generales/calidad-conceptos-generales.shtml> [Consultado el 07-01-18]
13. Programa de Salud del Infantil, AEPap. Calidad de los cuidados preventivos. Criterios de calidad e indicadores. 2009. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1x1Qxqg0Q4f6SJUcMqGrn2llu7grL02oh/view> [Consultado el 07-01-18]
14. Gómez Batiste X, Espinosa J, Martínez Muñoz M. Manual: Cómo elaborar indicadores y estándares de calidad de la atención paliativa en Servicios de Salud. Institut Català d'Oncologia. 2011. Disponible en: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/tool_como_elaborar_indicadores_y_estandares_calidad_at_pal_ss_vf.pdf [Consultado el 07-01-18]
15. - Ramírez Valdivia MT, Mendoza Alonzo JL, Moraga Pumarino AF. Desarrollo de un indicador de la calidad de atención en Centros de Salud Familiar para la medición de la eficiencia técnica. Ingeniería y Desarrollo (Col) 2015; 33 (2): 238-359. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85241628006> [Consultado el 07-01-18]

CAPÍTULO XXX

Educación para la Salud y cambios de Hábitos

Dra. Miriam Riveros Ríos

Como bien sabemos los procesos de enfermedad están dados por varios factores, modificables y no modificables, en ambas situaciones tenemos los aspectos genéticos-biológicos, el ambiente (tanto microclima como la sociedad donde se desenvuelve el individuo, la familia, etc, así como el macroambiente relacionado con la realidad de nuestro mundo), y otro aspecto es el estilo de vida.

El estilo de vida es un factor condicionante pero no determinante para desarrollar enfermedades, pudiendo realizarse modificaciones del mismo en busca de una mejor condición de salud y por tanto de calidad de vida, esto solo es posible cuando la persona decide realizar el cambio de estilo de vida y mantenerlo en el tiempo, para ello, nosotros los médicos somos parte importante de este proceso que llevara al sujeto a realizarlo, y una de las estrategias es la educación.

Definición

Educación es un proceso que busca “dirigir, entrenar o desarrollar conocimientos, habilidades o temperamentos” en determinada persona. Evidentemente, la definición es muy amplia. El área de la educación que atraen a los médicos es la educación para la salud, definida como aquella rama de la educación que intenta transmitir conocimientos sobre la salud y la enfermedad y desarrollar habilidades en cuidado de la salud y cambios conductuales hacia estilos de vida más saludables. La educación para la salud involucra dar apoyo, proveer información, realizar consejería, ayudar a ver los temas de salud claramente, corregir creencias que interfieren con el cuidado del paciente, aliviar temores, y ayudar al paciente a encontrar su rol en cuanto a su propio cuidado y su responsabilidad acerca del mismo. Incluye aspectos físicos y psíquicos de la enfermedad.

El consejo médico o consejería se define como un elemento de la educación sanitaria orientado a la adopción de cambios voluntarios en la conducta con un impacto positivo en la salud (Green, 1980). Esta definición ha sido criticada por poner énfasis en la responsabilidad individual, por culpabilizar a quien tiene una conducta de riesgo, desconociendo los determinantes sociales y culturales de las conductas humanas individuales. Sin embargo, es un punto de partida, si se tiene en cuenta que el paciente debe involucrarse activamente, sin desmedro de la responsabilidad médica frente al mismo. Actualmente se consideran a las recomendaciones preventivas y consejos una estrategia fundamental para mejorar la salud de la comunidad.

Cabe preguntarse por qué es necesario que el médico haga educación con sus pacientes, si realmente es una tarea relacionada a la salud de los mismos, si merece la dedicación del profesional. Clásicamente, el médico ha sido formado para diagnosticar y tratar la enfermedad, por lo cual el aspecto educativo puede resultar extraño o no pertinente a muchos profesionales.

La realidad es que las principales causas de morbi-mortalidad en nuestros tiempos son, cada vez más, enfermedades agudas y crónicas relacionadas al comportamiento del individuo. La enfermedad coronaria, el cáncer, las enfermedades de transmisión sexual y los accidentes se relacionan a la conducta de los pacientes: uso de tabaco y otras sustancias tóxicas, realización de actividad física, consumo de una dieta adecuada, uso de preservativo, uso de casco o de cinturón de seguridad, protección solar. Por asociarse a conductas, todas estas enfermedades resultan, en cierto grado prevenibles, por medio del cambio de estilo de vida y hábitos. El cambio conductual permite, además una prevención más temprana, antes de que la enfermedad aparezca, cuando sólo está presente algún factor de riesgo. Una vez que la enfermedad se ha desarrollado continúa teniendo importancia dado que disminuye el riesgo de progresión.

Si se desea hacer prevención es indispensable el rol del médico como educador, favoreciendo que sus pacientes se orienten al cambio de hábitos. Es también fundamental la participación activa del paciente hacia el cambio de hábitos. Es decir que el rol del médico necesita cambiar de “diagnóstico-tratamiento” a “diagnóstico-tratamiento-educación” y el del paciente, de “pasividad-cumplimiento de indicaciones” a “actividad-generación del propio cambio”.

Este cambio en el médico y en el equipo de salud enfrenta distintas dificultades sanitarias y culturales. El médico, por su formación, espera éxitos terapéuticos a corto o mediano plazo en la mayor parte de los pacientes y no tiene mayor información sobre cómo manejar problemas del estilo de vida. El paciente espera del médico un tratamiento más que un consejo y, muchas veces, tiene poca predisposición a asumir la responsabilidad sobre su propia salud.

Cuanto más eficaz se sienta el médico en su capacidad de hacer consejería, más probabilidad de que realice esta actividad preventiva, con el consiguiente beneficio para sus pacientes. Este material pretende otorgar herramientas que permitan el manejo de problemas en el estilo de vida y favorezcan la sensación de auto eficacia del médico.

Evidencia que avala la consejería

Existe evidencia que avala la educación de los pacientes asintomáticos hacia hábitos más saludables. La consejería es una de las actividades preventivas recomendadas por las guías preventivas de Estados Unidos (Guide to Clinical Preventive Services - Report of the US Preventive Services Task Force) y Canadá (The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care - The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination).

La guía preventiva de Estados Unidos recomienda realizar consejería sobre las siguientes áreas:

Recomendación A	Recomendación B
<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Dieta limitada en grasas • Actividad física • Accidentes de tránsito • Lactancia materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Drogadicción/ Alcoholismo • Dieta limitada en colesterol y rica en fibra • Accidentes en el hogar • Embarazo no deseado / ETS (Enfermedades de transmisión sexual) • Salud dental

La guía preventiva canadiense difiere levemente con la estadounidense en sus recomendaciones de consejería:

Las bases para recomendar esta consejería son varias. En principio, la consejería es una actividad:

- segura: no pone en riesgo la salud del paciente
- de bajo costo: no requiere alta complejidad
- de alto impacto poblacional: aplicada a grandes poblaciones, aún si logra cambios de hábitos en un pequeño porcentaje (5-10% de la población sobre la que se interviene), los resultados en las cifras de morbi-mortalidad son considerables, con la consiguiente mejoría en la calidad de vida y disminución en los gastos del sistema de salud. Este enfoque implica un cambio en la perspectiva del médico: en lugar de numerosos éxitos terapéuticos, habrá escasos, pero no poco significativos, cambios de hábitos.

La consejería cumple con los requisitos para ser considerada una práctica preventiva válida. Además, hay estudios que demuestran que el cambio de hábitos se relaciona con disminución de la morbi-mortalidad en determinadas patologías. Una dieta limitada en grasas y colesterol previene el sobrepeso y la enfermedad cardiovascular; si es rica en fibras, hojas verdes y fruta previene el cáncer, la intolerancia a la glucosa, el sobrepeso y la dislipemia.

La lactancia materna previene infecciones gastrointestinales y respiratorias en el recién nacido, así como anemia ferropénica en el primer año de vida. Realizar actividad física moderada y regular previene el sobrepeso, la HTA, la DBT y la enfermedad coronaria. Dejar de fumar disminuye el riesgo de padecer infección respiratoria, cáncer, enfermedad cardiovascular y bajo peso al nacer, como así también las infecciones respiratorias en niños fumadores pasivos.

Evitar el consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas antes de realizar actividades de riesgo (manejar, actividades acuáticas, etc.) disminuye la probabilidad de accidentes. Abandonar el abuso del alcohol evita el padecimiento de los problemas físicos, conductuales y sociales asociados al alcoholismo y el síndrome alcohólico fetal. Usar casco, cinturón de seguridad y asientos infantiles previene lesiones en caso de accidentes de tránsito.

Tener un hogar donde el riesgo de accidentes sea mínimo previene muchos accidentes en niños pequeños. La abstinencia, la monogamia y el uso del preservativo, así como el no consumo de alcohol y drogas disminuyen el riesgo de ETSEl cepillado de dientes, el consumo de flúor, el uso de hilo dental y la visita periódica al odontólogo favorecen la buena salud oral. Los horarios restringidos de exposición al sol, junto con la protección con ropa adecuada o cremas con filtro UV, previenen el cáncer de piel. Toda esta información es ampliamente conocida y constituye otro de los ejes que avalan la realización de consejería: es eficaz reducir los factores de riesgo.

Por último, en cuanto a la efectividad de la consejería, el consejo de salud en tabaquismo, alcoholismo y drogadicción en atención primaria de la salud tiene buena evidencia a favor de ser capaz de producir cambios en los pacientes. Lamentablemente, la eficacia de la consejería en el resto de las áreas en que el médico puede hacer educación se ha evaluado en estudios de corto plazo o que han utilizado consejería intensiva, o bien, no ha sido adecuadamente evaluada aún. Es decir que, en cuanto a la eficacia de la consejería, la evidencia disponible actualmente es más limitada.

En el caso de la actividad física, si se aplicara la recomendación de ejercicio moderado y regular a toda la población y menos del 10% de los pacientes con la sola recomendación iniciaran la actividad física, el impacto sería dramático. Cambios del estilo de vida en pequeños porcentajes de la población reducen más los eventos coronarios que la cirugía de bypass.

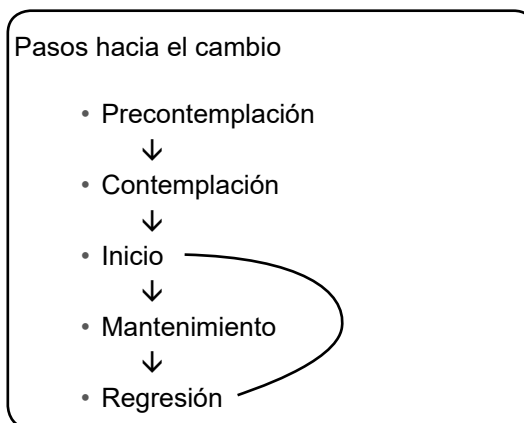
En fin, si los pacientes cambian de hábitos, tendrán menos riesgo de padecer determinadas enfermedades (enfermedad cardiovascular, cáncer, accidentes, ETS). En el caso del tabaquismo, del alcoholismo y de la drogadicción el consejo médico es capaz de estimular el cambio de hábitos. En las otras áreas (dieta, actividad física, accidentes, embarazo no deseado/ETS, salud dental), la evidencia no es concluyente (Recomendación C en base a la eficacia de la consejería); no se sabe aún en qué medida el médico puede intervenir en el cambio de hábitos de los pacientes. Queda aún mucho por investigar, pero los resultados que hoy se conocen son alentadores, y en la medida en que los médicos se entrenen como educadores, habrá más posibilidad de que sus intervenciones hacia el cambio de hábitos tengan mayor impacto.

Las guías preventivas se dirigen a pacientes asintomáticos, con o sin factores de riesgo. Esto no quita que la consejería sea también una intervención válida para aquellos que padecen una enfermedad determinada, como medio para prevenir complicaciones. Lo ideal es aplicar las prácticas preventivas tempranamente. Sin embargo, el médico trabaja con pacientes en distintas fases de la enfermedad y en todas ellas la prevención por medio de la consejería es posible.

Pasos hacia el cambio.

El cambio de conducta se lleva a cabo (acción). Una vez que esto sucede, sobreviene lo más difícil: el mantenimiento. El cambio debe

sostenerse día a día. El impulso inicial pasa y la inercia conductual (vuelta a la forma habitual de comportamiento) comienza a pesar más. Es habitual que en esta etapa se produzcan regresiones, recaídas en el hábito poco saludable. Es decir, las fases de mantenimiento y regresión habitualmente alternan, como parte normal del proceso de cambio. La regresión implica volver a la etapa de inicio, pero con una nueva experiencia de cambio y mantenimiento (por mínima que sea), que se puede capitalizar para el intento siguiente.



Conociendo el proceso de cambio a través de este modelo, el médico tiene una herramienta que le permite trabajar junto con los pacientes hacia hábitos saludables. El primer paso es diagnosticar en qué etapa se encuentra determinado paciente. Luego, se pueden hacer intervenciones adecuadas a esta etapa. Conocer la fase en que está el paciente también permite saber las expectativas que el médico puede plantearse a corto plazo y predecir las posibilidades de cambio. De esta manera, el médico posee un medio más para manejar su propia frustración respecto de los pacientes. Además, al adecuar las intervenciones al momento del paciente, la consejería se vuelve mucho más eficaz.

Cuando el paciente se encuentra en pre contemplación, es adecuado darle un diagnóstico de riesgo, brindarle información sobre aquella conducta que el paciente necesite y transmitir que el cambio es posible, que él podría tener éxito si lo intentara. Cuando existe un factor de riesgo, lo habitual es que no haya dolencia, que el paciente no lo perciba como un malestar o un problema. Es útil relacionar la conducta de riesgo con los motivos de consulta siempre que sea posible, como modo de favorecer que el paciente sienta necesidad de cambiar. Hay un pequeño porcentaje de pacientes que con la sola identificación de la conducta de riesgo y la recomendación de cambiar el hábito por parte del médico, lograrán completar el proceso de cambio por sus propios medios. Este pequeño porcentaje en la práctica individual de cada médico, tendría importante impacto poblacional si el conjunto de los médicos aplicara la consejería como método preventivo.

Si el paciente se encuentra en contemplación, el trabajo consiste en identificar sus motivaciones para llevar el cambio a cabo así como las barreras que le impiden hacerlo. El paciente ya sabe que su hábito no lo favorece, con lo cual insistir en darle información puede generar angustia innecesaria. Por el contrario, evaluar qué lo motiva, si su

motivación es interna (necesidad propia) o externa averiguar si la motivación es interna (surge de sí mismo) o externa (motivado por terceros), qué lo ha hecho tomar la decisión de cambiar en este momento, qué lo frena para iniciar el cambio, qué dificultades cree que tendría al intentar cambiar, pueden orientar al médico a proveer otro tipo de información (cómo hacerlo, trucos) y ayudar al paciente a encontrar eventuales soluciones para las dificultades que le impiden pasar a la siguiente fase, recalcando siempre su capacidad de cambiar.

En la etapa de inicio o preparación, el paciente decidió iniciar el cambio. Es fundamental consensuar una fecha de inicio en el corto plazo (mes siguiente) y un plan, con determinados objetivos y determinado seguimiento. El plan tiene que tener metas realizables para ese paciente en particular. Si de entrada, se propone una meta imposible, el plan está destinado a causar frustración y a fracasar. Si se plantean objetivos pequeños, el éxito es más probable, con la consiguiente sensación de capacidad de seguir adelante. Se pueden anticipar las dificultades más habituales que surgen en los primeros días de intentar determinado cambio.

En la entrevista de seguimiento, se evaluará en qué medida se han cumplido los objetivos. Aquí comienza la fase de mantenimiento/regresión. En cada consulta de seguimiento se valorarán los logros del paciente en ese período, que, por mínimos que sean, se reforzarán. Se tendrán en cuenta también las dificultades que hayan surgido y se orientará al paciente a la búsqueda de soluciones, normalizando este aspecto como parte del proceso de cambio. En base a los logros y dificultades de cada paciente, se fijarán en conjunto nuevas metas y una nueva cita de seguimiento. Hay pacientes que llegan al consultorio habiendo realizado y sostenido un cambio de conducta. En este caso, conociendo las características de esta fase del cambio, puede reforzarse el logro y plantear que la posibilidad de recaída está presente y sería parte del proceso normal. Es conveniente estar siempre en guardia frente a posibles regresiones.

La tarea de acompañar al paciente a lo largo del proceso de cambio, no está excluida de otros lineamientos que gobiernan la práctica médica, como la de evaluar al paciente en contexto y aplicar un método centrado en el paciente.

El paciente, además de tener una conducta poco saludable y de encontrarse en determinada etapa del proceso de cambio, presenta problemas de salud, vive un ritmo de vida determinado, cuenta con ciertos recursos personales y sociales (familia, amigos, relaciones laborales y comunitarias), atraviesa cierta fase del ciclo vital. El proceso de cambio se dará dentro de este contexto, por lo tanto es fundamental tenerlo en cuenta. En el contexto pueden encontrarse motivaciones y barreras para el cambio. Cuanto más se adapte el proceso de cambio a estas condiciones, mayor será la posibilidad de lograr cambios duraderos.

Teniendo en cuenta el contexto del paciente, así como incorporándolo activamente al proceso de cambio, se estará trabajando en consejería centrada en el paciente.

El trabajo coordinado del equipo de salud favorece la intervención en prácticas educativas, distribuyendo distintos roles en distintos integrantes del equipo de salud (médico, enfermero, asistente social, agente sanitario, instituciones comunitarias). Sin embargo, se puede trabajar en educación desde el consultorio con pacientes individuales, y con un tiempo acotado, si no se cuenta con este tipo de red.

Estrategias que favorecen el cambio

El mayor desafío para el médico decidido a desenvolverse como educador es cómo llevar a cabo esta tarea para la que generalmente no ha sido entrenado.

El primer paso es informar al paciente, darle, en forma verbal o escrita, los datos que necesita para comprender lo que le sucede y la necesidad de cambiar sus hábitos para solucionar su problema; estimularlo a que busque información sobre su patología.

Sin embargo, informar no es suficiente. Muchos pacientes tienen un gran cúmulo de información y no logran comenzar cambios de comportamiento hacia hábitos más saludables. Es necesario favorecer estos cambios, es decir, educar, motivar, aconsejar. Favorecer que el paciente se decida a iniciar el proceso de cambio.

Cambiar no es sencillo. Hay diversas razones que hacen que el cambio no sea fácil, aunque el hábito a cambiar represente un peligro para la salud. Cambiar puede implicar abandonar algo placentero o hacer algo no placentero. Los cambios pueden ser estresantes en un principio. A veces dejar algo placentero puede resultar francamente doloroso, como con las sustancias adictivas; o cambiar puede implicar perder la identidad, como en el sobrepeso. Algunos sienten que ya es demasiado tarde para cambiar, otros que son invulnerables a las consecuencias de sus conductas. Además, hay una tendencia a mantener las conductas por inercia (inercia conductual). Evidentemente, las causas son muchas: la resistencia al cambio es grande. Sin embargo, muchos han logrado cambiar hábitos de vida.

Para que se produzca un cambio de conducta significativo y duradero se requieren determinadas condiciones. El individuo debe partir de una necesidad de cambiar, de sentir que es más lo que va a ganar que lo que va a perder, de saberse capaz de lograr el cambio (autovaloración). Si la necesidad de cambio surge de un consejo de su médico, el paciente tendrá que apropiarse de esa necesidad.

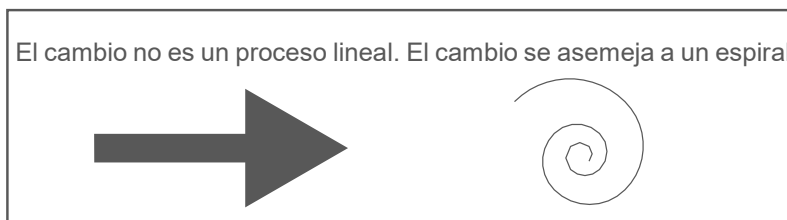
Para que el paciente se apropie de la necesidad, la forma clásica de trabajo del médico, dando una indicación, no es la más eficaz. El modelo paternalista intervencionista no da resultados, ya que en el mismo el que tiene la necesidad es el médico, quien ordena al paciente hacer lo necesario para solucionar el problema. Para favorecer la motivación del paciente, el médico debe cambiar de rol; pasar a diagnosticar riesgo de padecimiento de una enfermedad y trabajar hacia la prevención, en, que es el eje en este proceso de cambio. Lograr que el paciente decida cambiar y convivir con aquel que no desea el cambio, esperando sus tiempos, sin dejar de intervenir preventivamente de tanto en tanto.

Nadie va a cambiar un hábito si no siente la necesidad de hacerlo. El individuo que elige cambiar de hábitos, debe ser activo en buscar este cambio y sentirse capaz de cambiar. El paciente es responsable de su salud la mayor parte del tiempo y es el único que puede lograr cambiar. El médico se convierte en un facilitador, encargado de motivar el cambio y acompañar el proceso, tanto en sus logros como en sus obstáculos, favoreciendo que el paciente encuentre sus propias soluciones.

El cambio del rol médico para hacer educación no significa que deje de ser intervencionista en determinadas condiciones clínicas que así lo requieren.

Roles del Médico	
Intervencionismo	Educación
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de enfermedad • Tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de riesgo. • Prevención
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud paternalista 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud colaborativa
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente "cumplidor" 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente activo y competente

El cambio es un proceso dinámico. No es lineal. Se asemeja a un espiral. Una vez que se inicia, hay avances, pero también retrocesos, recaídas. Lo positivo es que cada avance permite encarar la siguiente recaída desde un nuevo lugar, en que se ha vivido un logro. Las recaídas son parte normal del proceso de cambio.



A modo de marco conceptual, existe un modelo que es factible de ser aplicado en el trabajo diario: el modelo transteórico de Prochaska (Prochaska, Di Clemente, 1984). Este modelo propone que los cambios conductuales, tanto espontáneos como asociados a la indicación médica, siguen una serie de etapas progresivas. Estas etapas son:

- Pre contemplación
- Contemplación
- Inicio o preparación
- Mantenimiento
- Regresión

En la etapa de pre contemplación, el individuo que mantiene alguna conducta poco saludable aún no se ha planteado la necesidad de cambio. Puede ser consciente de su conducta de riesgo o no, pero aún sabiendo que se expone a determinado riesgo, no tiene la intención de cambiar su hábito, no le resulta necesario.

En la etapa de contemplación, el sujeto se plantea que sería beneficioso para él iniciar un proceso de cambio. Aparece la intención de cambiar, como así también las dudas sobre su capacidad de cambio, los temores sobre aquello que perdería, otros cambios adaptativos que implicaría dejar su hábito.

En la etapa de inicio o preparación, el paciente se encuentra seriamente decidido a iniciar el proceso de cambio en el corto plazo. Ya ha valorado que cambiar su hábito es conveniente para sí, y, aunque lo puede ver como algo difícil, está dispuesto a hacer el intento y lo lleva adelante.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria ha desarrollado, dentro de su Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la salud, un material para profesionales de la salud que deseen trabajar con cambios de hábitos.

Este material se puede consultar en internet e incluye los siguientes temas:

- Dieta
- Actividad física
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Accidentes

La educación para la salud hacia el cambio de hábitos de los pacientes es un desafío que enfrenta el médico con interés en incidir en las principales causantes de enfermedad de estos tiempos y trabajar en prevención. Favorecer el cambio en los pacientes implica que el profesional atraviese su propio proceso de cambio hacia el desarrollo de nuevas habilidades y reflexione acerca de sus propios recursos y dificultades para llevar a cabo cambios significativos y duraderos.

BIBLIOGRAFIA

1. Guide to Clinical Preventive Services. Report of the US Preventive Services Task Force, Second Edition, Williams&Williams, 1996. Encontrado el 20 de abril de 2012. Citado en: www.ahcpc.gov/clinic/cpsix.htm Third Edition: www.ahcpc.gov/clinic/cps3dix.htm
2. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, Health Canada, 1994. Encontrado el 20 de abril 2012. Citado en: www.hc-sc.ca/hppb/healthcare/pubs/clinical_preventive/index.html
3. Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice, Wolf-Jonas-Lawrence, 1996.
4. Patient Teaching Tips, E. Winthrop, Mosby, 1995.
5. A Physicians Guide to Nutrition Patient Education, Medical College of Wisconsin, Department of Family Medicine, 1991.
6. Prescribing exercise for health: A simple framework for Primary Care, American Family Physician, vol. 53: nr. 2, p. 579-585, 1996.
7. Guías sobre consejo de profesionales sanitarios dirigidos a modificar hábitos de vida, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Encontrado en fecha: 20-abril 2012. citado en www.papps.org/menuPublicaciones.html

CAPÍTULO XXXI

Educación para la Salud Basada en la Comunidad

Dra. Cinthia Camacho Santa Cruz

A través de los años surge varias paradigmas referente a la medicina, actualmente se reconoce dos grandes áreas: la Medicina científica y la Medicina Social, esta última abarcando no solo la salud individual sino también la comunidad, centra su mirada en un entorno ambiental y social, dando énfasis a la educación y la promoción de la salud como una práctica más del médico. La medicina Social surge en el siglo XVII, como una necesidad de conocer a profundidad los problemas reales que afectan al hombre; Bernardino Ramazzini en el año 1600, sostenía que para comprender y solucionar la enfermedad de una persona se debía observar su entorno Social, Familiar, Laboral y no centrarse en el individuo con enfoque meramente biologista como lo sustentaba la medicina científica. La Educación para la Salud es un proceso de formación y de capacitación a las personas con el objetivo que adquieran los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la promoción de la salud individual, familiar y colectiva. Es decir, promover la responsabilidad colectiva y preparar al individuo para que adopte un estilo de vida y conductas lo más saludable posible.

Así, la Educación para la Salud (EPS) tiene como objeto promover la salud de las personas y se la puede considerar desde dos perspectivas, una preventiva y otra de promoción de la salud. En general, a los médicos nos cuesta realizar intervenciones comunitarias ya que la formación que recibimos tradicionalmente es hospitalaria con escasa formación en área comunitario. La diferencia entre estas dos enfoques, se inclina en que las de tipo comunitario tienen un mayor impacto, tanto individual como poblacional.

Según la OMS la **Promoción de Salud** es el método mediante el cual los individuos y las comunidades se sitúan en condiciones de ejercer un mejor control sobre los determinantes de la salud; y la **Educación para la salud** un instrumento factible y una estrategia de la pública para llevar a cabo estos fines.

La Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud (Ottawa, Canadá 1986), asentó las Áreas de Acción de la misma enfocadas en:

1. Desarrollar una Política Pública saludable.
2. Crear entornos favorables con miras a la salud.
3. Reforzar acción comunitaria.
4. Estimular el desarrollo de habilidades personales.
5. Reorientar los servicios de salud.

Principios de la educación para la salud.

- 1) **Beneficiencia:** significa que si una persona está educada podrá obtener para sí el mejor beneficio para su salud, proveer de instrumentos necesarios para obtener mayor beneficio para la salud.
- 2) **Autonomía:** tiene que ver con la capacidad de las personas de decidir o elegir para sí lo mejor, sobre su estado de salud.
- 3) **Equidad:** ante una misma necesidad de salud, debería de existir una igual capacidad de respuesta o resolución.

Objetivos de la educación para la salud.

- a) Lograr que la salud sea un valor reconocido por la sociedad.
- b) Ofrecer conocimientos y capacidad práctica para generar comportamientos saludables.
- c) Integrar en la práctica habilidades para el trabajo con grupos y en la comunidad.
- d) Favorecer la correcta utilización de los servicios sanitarios.
- e) Promover el análisis, la reflexión y la investigación sobre los factores que intervienen en los comportamientos.
- f) Orientar la utilización de los instrumentos y medios de apoyo a favor de la salud.

Selección de una estrategia educativa

Podríamos definir una estrategia educativa en salud como un proceso o acción capaz de influir positivamente en salud, es una combinación de métodos y técnicas que se utilizan para intervenir sobre los factores predisponentes a que el individuo y la comunidad está expuesta.

Estas estrategias se pueden clasificar en tres categorías:

Métodos de comunicación: utiliza cualquier medio de comunicación permitido y aceptado: conferencia-debate, asesorías individuales, medios masivos de comunicación (gráficos y audio-visuales).

Métodos de capacitación: desarrollo de habilidades, juegos, debates en grupos, creación de modelos, modificación de conductas.

Métodos organizacionales: encausar los objetivos comunes a través del desarrollo comunitario, acción y planificación social.

Cuan hablamos de un **abordaje integral** de la salud, requiere implementar intervenciones orientadas a **Promover la salud, Prevenir la enfermedad y Curar y Rehabilitar** a las personas tanto en sus problemas de salud como en su entorno. Es así que la participación constituye uno de los principales ejes de la estrategia en la EPS, en la medida que requiere el desarrollo comunitario con **“participación en la planificación, organización, desarrollo y control, haciendo un uso más completo de los recursos disponibles locales y nacionales; promoviendo una formación apropiada de las comunidades para participar” (Declaración de ALMA-ATA 1978)**. Para ello, precisamos aplicar actividades educativas en salud y que estos se desarrollen a través de diferentes **Niveles de Intervención**, a saber:

1. **Individuales:** se lleva a cabo solo con el paciente, a través de consejerías o consultas ambulatorias.
2. **Grupales:** Dirigidos a grupos homogéneas de personas a través de talleres, clubes que se desarrollan en el marco de programas establecidos para abordar determinados aspectos de salud ya sea en un centro asistencial, escuelas, universidades, lugares de trabajo con el objetivo no solo de informar sino también la de motivar, intercambiar experiencias y vivencias.
3. **Comunitarios:** es la más difícil de implementar ya que la formación medica es comúnmente hospitalaria con poca o nula intervención en la comunidad. Sin embargo este tipo de intervención tiene mayor impacto en la salud, ya que el individuo no se siente solo con su enfermedad. Este tipo de intervención se usa cuando son necesaria cambiar conductas arraigadas.

Toda actividad de promoción y prevención en la comunidad que se implementará requiere previamente tres pasos fundamentales:

1. **Planificación:** centrándose en las necesidades de la población como diagnostico principal.
2. **Implementación de programas.**
3. **Evaluación de programas.**

Planificación.

Al planificar un programa educativo se deben considerar las siguientes etapas:

- a. Identificación de necesidades de salud
- b. Elaboración de objetivos generales y específicos
- c. Definición del contenido de las actividades
- d. Definir estrategias metodológicas
- e. Recursos materiales y humanos

Es fundamental responder varias interrogantes con el objetivo satisfacer las demandas humanas: ¿Cuál es la necesidad? ¿Cómo se va a resolver el problema? ¿Cuál es la base o sustento teórico del problema? ¿Qué propone la gente?

Como parte del diagnostico de necesidad debemos tener en cuenta las características epidemiológicas de la población (distribución de los factores de riesgo y de los problemas de salud) y calidad de vida poblacional para tener una idea global sobre de las necesidades e indicadores de los integrantes de la comunidad.

Los cuatro tipos de necesidad descriptos por Bradshaw y col.

1. **Necesidad normativa:** es la establecida por los expertos (normas y criterios).
2. **Necesidad sentida:** surge cuando los integrantes de una comunidad manifiestan qué quieren.
3. **Necesidad expresada:** equivale a la demanda de servicios de salud por parte de la comunidad.
4. **Necesidad comparativa:** consiste en evaluar los resultados de los servicios de salud que se ofrecen a una población para definir que se necesita en una zona comparable.

Evaluación

La evaluación de un programa no debe basarse en una mera instancia de control, porque nos permite subsanar errores, ver los aciertos y cubrir los vacíos creados.

Podemos considerar cuatro tipos de evaluación, todas parte de un proceso sencillo y continuo:

- Evaluación continua: tiene lugar en todo el desarrollo del programa en curso. Por ejemplo la capacitación de promotores de salud.
- Evaluación periódica: se realiza en un periodo de tiempo limitado para evaluar el progreso del curso en sí.
- Evaluación final: se desarrolla en la parte culminante de la actividad con el propósito de mejorar en una próxima ocasión.
- Evaluación de seguimiento: se basa en los resultados obtenidos al culminar el programa.

Para que la Educación de la salud basada en la comunidad sea efectiva es necesario plantear objetivos claros y precisos de la necesidad básica de la comunidad y de lo que somos capaces de brindar. Es oportuno mencionar el mensaje dado por la OMS en 1983: ... ***“Si enfocamos la educación para la salud desde un modelo participativo y adaptados a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer....”***

Bibliografía

1. Rubinstein, Adolfo y colab., Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 3ª Ed. 2016. Cap. 81.
2. Técnicas participativas para la educación popular. Alforja, publicaciones de educación popular. 5ª edición. Disponible en: <http://www.almirallprodesfarma.com/guies/edu.html>
3. Giraudo, N. y Col. Salud comunitaria. Actualización en EPS. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/.../Salud-familiar-y-comunitaria-estrategia>
4. Redondo Escalante, P. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Quinta Unidad. Introducción a la Educación para la Salud. Disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>
5. Modelo de atención integral con enfoque de salud familiar. 2016. Disponible en: www.paho.org/els/index.php?option=com...salud-familiar...salud.
6. Guía para la Rehabilitación basada en la comunidad. OMS. OPS. UNESCO. 2015. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/.../9789243548050_Salud_spa.pdf.

CAPÍTULO XXXII

Educación del Riesgo de Salud Familiar

Dra. Miriam Riveros Ríos

En Medicina Familiar, además del enfoque biopsicosocial que damos a las personas, recordamos siempre que el mismo es parte de una red familiar, cuyos miembros en conjunto en mayor o menor medida están expuestos a riesgos en su salud, que lo afecta de manera personal o familiar.

Por ello que es importante a la hora de abordar esta problemática conocer ciertos conceptos que se explicaran a continuación para luego conocer los factores de riesgo familiar y las posibles intervenciones que podrían darse.

Es de rescatar, que esta actividad en lo ideal, debe de ser realizada por un equipo de salud, el médico solo muchas veces no podrá abarcar todos los aspectos, de allí la importancia de todos las personas que trabajan con personas en el ámbito salud (enfermeras, psicólogos, odontólogos, trabajadores sociales, agentes comunitarios, etc)

Riesgo Familiar:

Es la evaluación y clasificación del grado de vulnerabilidad de una familia de acuerdo a factores amenazantes y protectores.

Vulnerabilidad:

Es el grado estimado de daño que puede sufrir un individuo, familia o comunidad, como resultado de la ocurrencia de un fenómeno de variada intensidad y que puede cuantificarse de ninguno a total. Es un estado continuo a través del ciclo vital, se encuentra en cambio permanente, es decir disminuye, aumenta o desaparece.

Factores de riesgo:

Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud.

Factores protectores:

Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya presencia facilita el desarrollo, permite la expresión de potencialidades y bloquea o disminuye el impacto de algunos factores de riesgo en el individuo y en la familia.

Familia en riesgo:

Familia que en su conjunto o sus miembros por separado acumulan más de un factor de riesgo ó tienen un desequilibrio entre factores

de riesgo y protectores, y por lo tanto presenta una probabilidad aumentada de daño en su capacidad de cumplir sus tareas o funciones básicas.

Individuo en riesgo:

Persona que por acumular factores de riesgo tiene una probabilidad incrementada de presentar algún daño en su salud.

Clasificación

La clasificación que revisaremos, cataloga los factores de riesgo de disfunción familiar en:

Factores de riesgos menores:

- Focos cercanos de contaminación.
- Patología crónica de algún miembro de la familia(DM, HTA, EPI) o enfermedad terminal grave de otro familiar.
- Inadecuado saneamiento básico (agua no potable, baño de pozo negro o letrina sin alcantarillado, acumulación de basuras en el patio o alrededor de la casa, vectores, animales intradomiciliarios).
- Insatisfacción laboral: autopercepción de descontento con el trabajo actual.
- Sobrecarga laboral: autopercepción de trabajar demasiado, objetivo por más de ocho horas /día; fatiga, trabajo con turnos de noche o fines de semana.
- Nivel de endeudamiento elevado: mayor del 30% del ingreso familiar.

Factores de riesgos intermedios:

- Cesantía temporal: menos de un año sin trabajo, habiendo tenido previamente trabajo estable por un año o más.
- Ausencia de padre o madre o sustituto.
- Mala calidad de la vivienda: “vivienda inadecuada”, fallas estructurales, espacio insuficiente, material ligero más del 50% (tablas, cartón, nylon, latas).
- Hacinamiento: dos o más personas por dormitorio que no sean parejas.
- Minusvalía física y/o mental del padre, madre y/o hijos.
- Enfermedad terminal del padre, madre y/o hijos.
- Duelo reciente (menos de 6 meses)
- Enfermedad grave reciente(por hospitalización, riesgo de muerte, invalidez por más de un mes, postración, secuela evidente)

Factores de riesgo mayores:

- Extrema pobreza: ingresos insuficientes para adquirir el contenido de alimentos de una canasta básica.
- Nivel sociocultural muy bajo: ambos padres analfabetos o semi-analfabetos y nadie más en el hogar con estudios medios.
- Cesantía crónica: un año sin trabajo(requisito haber tenido trabajo previamente por un año o más)
- Uniones de parejas inestables: uniones consensuales múltiples(dos o más) con duración menos de dos años cada una o una misma unión con dos o más separaciones previas por causas de problemas conyugales.

- Patología psiquiátrica grave del padre, madre o hijos.
- Promiscuidad: 2 o más personas en una misma cama que no son pareja.
- Subsistema familiar cerrado: estilo de dirección autoritario, acumulación de poder en un solo miembro, límites con exterior cerrados con intercambio nulo o escaso, que limita la diferenciación de sus miembros.
- La clasificación de los factores protectores que revisaremos, comprende:

Factores protectores estructurales:

1. Amplias redes sociales y familiares de apoyo.
2. Nivel sociocultural adecuado.
3. Nivel de escolaridad adecuado (ambos padres con más de 8 básico)
4. Vivienda adecuada.
5. Integración a subsistemas mayores activamente.
6. Estabilidad y satisfacción laboral.
7. Necesidades vitales y de recreación cubiertas.

Factores protectores funcionales:

1. Subsistema familiar abierto: comunicación directa, reglas claras y flexibles, estilo de comunicación niveladores, desarrollo de los miembros de la familia.
2. Expresión de afecto y de reconocimiento mutuo.
3. Sentido de pertenencia.
4. Optimismo.
5. Autoestima alto de los miembros de la familia.
6. Relaciones claras con la familia de origen.
7. Buen sentido del humor.

Conductas de riesgo:

Corresponde a acciones voluntarias o involuntarias, efectuadas por un individuo o comunidad reiterados en el tiempo y que pueden llevar a consecuencias nocivas para su salud que expresan factores de riesgo.

Ejemplos:

Padre o madre bebedor excesivo: episodio de ebriedad (uno o más al mes); descuido de otros roles (laboral, académico, doméstico o hijos) involucrase en actividades riesgosas (riñas, conducción bajo ebriedad).

Conflictos crónicos de parejas: presencia de infidelidad, violencia (cualquier tipo), ausencia de vida efectiva de pareja, separaciones frecuentes previas, autopercepción de conflicto por la pareja la mayor parte del tiempo durante el último año.

Drogadicción.

Violencia intrafamiliar.

Embarazo no deseado (cuando es expresado).

Embarazo adolescente.

Delincuencia en uno o más miembros de la familia.

Deserción escolar: mayor de 30 días hábiles de inasistencia a clases, no causados por enfermedad (se considera causal de repitencia).
Descuido de los hijos (negligencia, abandono).

Indicadores de riesgo:

Evidencia de que ya se ha manifestado la conducta de riesgo en la familia.

Entre los indicadores de riesgo podemos encontrar: evidencia de violencia intrafamiliar, descuido de la vivienda, policonsultas sin sustratos orgánicos, fracaso y abandono escolar.

Objetivo de identificar estos factores.

El objetivo de identificar los riesgos familiares es para centrarnos en los factores protectores que en los factores de riesgos basándonos en hechos comprobados:

- Los factores protectores pueden compensar, ya sea total o parcialmente los factores de riesgo.
- El enfrentamiento exitoso con el estrés, desde la etapa de la infancia y a través del ciclo vital, contribuye al desarrollo personal positivo y al autocuidado.
- La promoción de la salud y prevención del daño, puede ser posible sin inversión de grandes recursos y apoyo externo, logrando exitosos resultados.

Estrategias para lograrlo.

- Actividades promocionales formación de monitores en salud.
- Actividades promocionales en jardines infantiles y escuelas.
- Conserjerías promocionales en participación comunitaria, actividad física, alimentación saludable, asociatividad.
- La promoción de la salud y prevención del daño, puede ser posible sin inversión de grandes recursos y apoyo externo, logrando exitosos resultados.
- Plan de atención integral de cada paciente o familia.
- Se trabaja los factores protectores en cada familia en los diferentes grupos etarios del ingreso del RN hasta el Adulto mayor.
- En estudios de familia, visita domiciliaria integral, conserjerías normativas, consejerías no normativas, conserjerías familiares.

Bibliografía

- 1 La familia: una aproximación desde la salud, Silvia Martínez Calvo. Rev. Cubana Med. Gen Integr 2001;17(3):257-62
- 2 Pautas familiares de riesgo y su influencia sobre el desarrollo infantil M^a J. Rodrigo López.
- 3 La familia como recurso en atención primaria: atención a la familia: otra forma de enfocarse los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar: I. Yurss. Médico de Familia. Unidad de Programación y Docencia. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud/ Osasunbidea.

- 4 Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. Isabel Louro.
- 5 Horwitz N, Florenzano R, Ringeling P., I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol. OPS 1985; 98 (2): 144 - 53.
- 6 Orientación familiar en AP. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud: Susan Mc.Daniel; Thomas L. Cambell; David B. Seaburn

Indicadores de Salud

Dra. Juana E. Pavón Fleitas.

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa sucesos colectivos especialmente sucesos demográficos para así poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. Según la OMS, son variables que miden cambios.

Por variable se entiende alguna característica, condición o atributo, susceptible de ser medido, usando alguna escala de medición conocida y que puede adoptar diversos valores a los ojos del observador. La medición de una variable dependerá de la capacidad del observador para poder percibir la ocurrencia de ella y de la disponibilidad de un sistema de registro y medición capaz de identificar el valor real que adopta.

Estos indicadores sirven para establecer una línea de base o punto de partida, para reorientar las estrategias y actividades, para evaluar el proyecto, para sistematizar aprendizajes, para difundir logros.

Son características de un buen indicador:

- Disponibilidad: los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención sin restricciones de ningún tipo.
- Simplicidad: debe ser de fácil elaboración.
- VALIDEZ: mide el efecto que se quiere medir, tiene una definición clara.
- Confiabilidad: produce el mismo resultado para observadores diferentes.
- Comparable: se puede comparar la misma información en contextos diferentes o a través del tiempo.
- Alcance: debe sintetizar el mayor número posible de condiciones o de distintos factores que afectan la situación descrita por dicho indicador.
- Sensibilidad: ser capaz de captar los cambios.
- Especificidad: reflejar solo cambios ocurridos para una determinada situación.

Son errores que afectan la confiabilidad:

- Errores del informante: cuando la persona no da información verdadera por miedo o por tratar de complacer.
- Definición no clara: implica que el entrevistador o entrevistado tienen que interpretar la pregunta.
- Subjetividad: implica que el observador tiene que formarse una opinión.

Un indicador requiere siempre el uso de fuentes confiables de información y rigurosidad en su construcción e interpretación.

Son fuentes de información:

- Censo de población y vivienda.
- Registro rutinario de los servicios de salud.
- Datos de vigilancia epidemiológica.
- Encuestas por muestreo.
- Registro de enfermedades.

En relación con el aspecto que se quiera estudiar, puede ser dividida en dos grandes categorías:

- Indicadores epidemiológicos
- Indicadores operacionales.

Los indicadores epidemiológicos se utilizan para estimar la magnitud y trascendencia de una situación determinada. Siempre deben estar referidos a: la población a partir de la cual se calculan, el periodo de tiempo que representan y el lugar geográfico del cual provienen la información. Tienen gran utilidad en la etapa de formulación diagnóstica y en la de evaluación de un programa.

Los indicadores operacionales miden el trabajo realizado, ya sea en función de la cantidad o de la calidad. Miden cantidad de actividades y procedimientos realizados, en relación con las metas o estándares establecidos previamente. Si miden calidad de trabajo pueden ser de tres tipos: de productividad, de costo promedio y de calidad técnica.

Son indicadores, los siguientes:

- Demográficos: estructura total de la población, densidad de la población, factores dinámicos de la población, densidad de la población, movimiento y saldo migratorio de la población, tasa de fecundidad, tasas de natalidad, relaciones de dependencia.
- Del medio físico. Número de camas.
- Económicos – Sociales: PIB, Ingreso per cápita, alfabetismo y escolaridad, % población económicamente activa, ingreso familiar, consumo calórico por habitante.
- Atención a la Salud: de estructura, del proceso y del producto.
- Estado de Salud – Enfermedad: % de personas con minusvalía, estado nutricional, tasas de morbilidad general, tasas de incapacidad temporal, tasas de mortalidad general, salud bucodental. (1)

Indicadores de Mortalidad General por Regiones Sanitarias - Paraguay - Años 2008 - 2009																							
Indicadores de Mortalidad	Años	Regiones Sanitarias																					
		Pais	Región Oriental	Región Occidental	I. Concepción	II. San Pedro	III. Cordillera	IV. Guairá	V. Caaguazú	VI. Caapiatá	VII. Itapúa	VIII. Misiones	IX. Paraguari	X. Alto Paraná	XI. Central	XII. Neembucú	XIII. Amambay	XIV. Canindeyú	XV. Pte. Hayes	XVI. Alto Paraguay	XVII. Boquerón	XVIII. Asunción	Extranjeros
7 TM General por 1.000 habitantes	2008	3,8	3,8	3,8	5,0	3,2	5,4	4,6	3,5	3,7	3,4	4,5	5,6	3,3	2,9	5,0	4,2	2,1	3,4	5,0	4,2	6,0	0,0
	2009	4,0	3,9	4,5	5,1	3,3	5,5	4,6	3,3	3,8	3,3	4,8	5,4	5,3	3,4	5,3	4,4	1,9	4,2	5,3	4,9	6,6	0,0
7a TM Ajustada por Edad(*)	2008	-	-	-	4,8	3,2	4,3	3,8	3,5	3,4	3,5	3,7	3,9	4,2	3,1	3,5	4,4	2,8	3,7	5,3	4,7	4,5	-
	2009	-	-	-	4,9	3,2	4,3	3,7	3,2	3,5	3,3	3,9	3,7	4,2	3,5	3,5	4,5	2,5	4,6	5,4	5,5	4,9	-

Indicadores Básicos de Salud. Paraguay 2010.

En la actualidad, se genera gran cantidad de información sobre los servicios y la operación de programas de salud, todo ello debe ser analizado y utilizado para conocer el estado que guardan los servicios de salud en un momento dado, para evaluar y cuantificar las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores de salud.

Algunos de los indicadores básicos de salud del Paraguay:

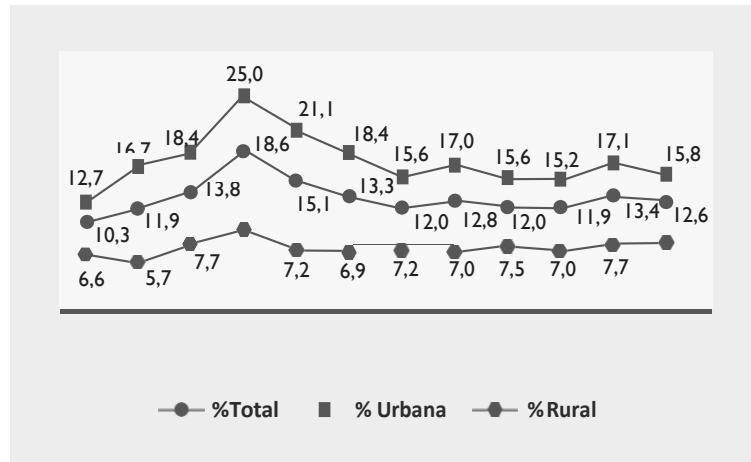
- Indicadores Demográficos: población total, población indígena, tasa de crecimiento poblacional, esperanza de vida al nacer, tasa bruta de natalidad, tasa global de natalidad.
- Indicadores de Mortalidad: tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad perinatal.
- Indicadores de Morbilidad: incidencia de sarampión, incidencia de difteria, incidencia de tétanos neonatal.
- Indicadores de Cobertura: porcentaje de embarazadas con atención prenatal, cobertura de vacunas, cobertura de población con agua potable.
- Indicadores de Recursos y Equipos: número de camas disponibles por 10.000 habitantes, número de profesionales de salud por habitantes.
- Indicadores Socioeconómicos: producto interno bruto, tasa de trabajo infantil, tasa de analfabetismo. (2)

Los indicadores pueden ser medidos de la siguiente manera:

- Cifras absolutas: estas dan una idea de la magnitud o volumen real de un suceso. Al efectuar comparaciones, el uso de cifras absolutas tiene limitaciones, puesto que no aluden a la población de la cual se obtiene. Ejemplo: número mensual de partos en un establecimiento hospitalario, da una idea del número de camas, personal y recursos físicos necesarios para satisfacer esta demanda.
- Tasas: están compuestas por un numerador que expresa la frecuencia con que ocurre un suceso y un denominador, dado por la población que está expuesta a tal suceso.

- Razones: expresan la relación entre dos sucesos. A diferencia de las tasas el numerador no está incluido en el denominador y no hacen referencia a una población expuesta.
- Proporciones: expresan simplemente el peso (frecuencia) relativo que tiene un suceso respecto a otro que lo incluye (el denominador incluye al numerador). Estas no se interpretan como una probabilidad ni tampoco otorgan un riesgo puesto que no se calculan con la población expuesta al riesgo.

Gráfico 4. Tasa de desempleo abierto, población de 15 a 24 años de edad, por área de residencia. 1997/2010



Fuente: EPH 1999, 2002/10

Documento de Desarrollo del Milenio. Primer informe de Gobierno. Noviembre 2011.

Veamos un ejemplo de los usos y la importancia de estos indicadores, en el documento de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), por ejemplo se ven las metas y los indicadores que se tienen en cuenta para la erradicación de la pobreza extrema y el hambre (3):

Objetivos, metas e indicadores.

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Meta 1 A: Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas en situación de extrema pobreza.	1.1 Porcentaje de la población en extrema pobreza.
	1.2 Razón de la brecha de la pobreza.
	1.3 Participación de los hogares del quintil más pobre en el ingreso total de hogares.
Meta 1 B: Lograr empleo pleno y productivo y trabajo decente para todos. Incluyendo mujeres y jóvenes.	1.4 Tasa de actividad de la población mayor de 10 años de edad.

Meta 1 C: Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen de hambre.	1.5 Tasa de ocupación de la población mayor de 10 años de edad.
	1.6 Tasa de desempleo abierto, población de 15 a 24 años de edad.
	1.7 Porcentaje de la población ocupada en situación de pobreza.
	1.8 Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia.
	1.9 Porcentaje estimado de niños y niñas menores de 5 años de edad con desnutrición global.
	1.10 Porcentaje registrado de mujeres embarazadas desnutridas.

Documento de Desarrollo del Milenio. Primer informe de Gobierno. Noviembre 2011.

El análisis de estos indicadores es un componente necesario de todas las evaluaciones y un factor fundamental para el ajuste de las acciones de salud y para la toma de decisiones. Recordemos que para la atención primaria estos indicadores son necesarios para valorar nuestras actividades como gestores en salud.

Bibliografía:

1. www.medicosfamiliares.com/familia. Clasificación o tipología de la familia.
2. SIECS. Propuesta para el Sistema de Información en Salud. Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD). Febrero 2009. Asunción - Paraguay.
3. www.mspbs.gov.py/v2/documentación/index. Indicadores Básicos de Salud. Paraguay 2010.
4. Documento de Desarrollo del Milenio. Primer informe de Gobierno. Noviembre 2011.

CAPÍTULO XXXIV

Problemas Frecuentes en la Adolescencia

Dra. Cinthia Camacho Santa Cruz.

La adolescencia es la etapa de transición de la niñez a la adultez en la cual ocurren cambios acelerados en su desarrollo, es la etapa del ciclo vital con rasgos particulares y no menos importante; según la OMS abarca edades comprendidas entre los 9 a 19 años.

El estado de salud del adolescente requiere más atención, ya que presentan una elevada tendencia a enfrentarse a situaciones de riesgo, como alcoholismo, drogas, violencia, accidentes. Es considerada la etapa más vulnerable pues el adolescente enfrenta crisis normativas propias del Ciclo Vital Familiar e Individual. La asistencia médica no solo debe basarse en las evaluaciones nutricionales, inmunizaciones, examen físico sino también adoptar medidas preventivas y detección precoz de situaciones de riesgo, como crisis paranormativas, es pertinente el diagnóstico precoz para la intervención oportuna. Influirá en este proceso los factores sociales, familiares, culturales y hasta laborales en ciertas situaciones.

Según la OPS la adolescencia representa el 23% de la población mundial; y las principales causas de morbimortalidad en este grupo etario son los accidentes y la violencia, además de las enfermedades de transmisión sexual.

Evaluación del estado de salud

El adolescente presenta cambios físicos, psicológicos y sociales a lo largo de su desarrollo; todos estos cambios se producen a través de un proceso complejo que se caracteriza por cambios en la talla, estructura corporal, desarrollo de caracteres sexuales primarios (desarrollo de la función ovárica y testicular) y secundarios (desarrollo de mamas, crecimientos de vellos, crecimiento testicular y peniano). Conocer los cambios que se van produciendo en el adolescente permitirá al médico de familia poder reconocer parámetros y funcionamientos que estén fuera de rangos normales. El crecimiento representa el 15 a 20 % de la talla final del adulto, el peso entre el 40 y 50% del peso final, la estructura ósea representa el 50% de la masa ósea final. Realizar un control anual sobre la visión, audición, presión arterial, evaluación de la columna vertebral por la frecuencia de escoliosis sobre todo en las mujeres, control odontológico.

En su búsqueda por la identidad propia, el adolescente se enfrenta en ocasiones a momentos de inestabilidad y despersonalización, por lo cual "sufre su transformación" representando una crisis tanto en el ciclo vital individual como familiar, afectando a veces la funcionalidad familiar.

Es importante detectar a tiempo los factores de riesgos y las crisis paranormativas de tal manera apropiada una intervención oportuna acorde a los niveles de intervención.

Enfoque de riesgo

Durante la consulta clínica, el médico de familia se encuentra ante un paciente ambivalente en lo que respecta a su conducta, su independencia, su responsabilidad, en lo que desea y en lo que le es permitido por la familia y la sociedad. A menudo el adolescente suele estar inquieto por la presencia de los padres en la consulta y surge desconfianza por el médico en cuanto a la confidencialidad de información dada por el mismo. Es fundamental crear un ambiente de confianza, empatía y acentuar la relación médico-adolescente para una evaluación del mismo.

Los riesgos a los que los adolescente está expuestos se relacionan con:

- El uso de drogas ilegales.
- Alcoholismo, tabaco
- Problemas en la conducta y actitud (depresión, suicidio, violencia, accidentes). Aproximadamente el 20% de los adolescentes padecen un problema de salud mental, como depresión o ansiedad. El riesgo se incrementa cuando concurren experiencias de violencia, humillación, disminución de la estima y pobreza, y el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes.
- Problemas alimentarios (anorexia, bulimia, malnutrición, obesidad)
- Sexualidad (inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad, Enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abusos). Cada año dan a luz unos 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años, lo que supone aproximadamente un 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo. La gran mayoría de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es mucho mayor en las adolescentes que en las mujeres mayores. Cuanto más joven la adolescente, mayor es el riesgo. El desarrollo sexual va evolucionando durante la infancia y la adolescencia, adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud, incluyendo su salud reproductiva, es uno de los mayores retos de los adolescentes ;
- Crisis familiar (divorcio, fallecimiento, salida de un hermano)

Como ayuda para la evaluación completa del adolescente, en forma integral y para evitar olvidar aspectos importantes, surgió un Cuestionario sistematizado basados en preguntas sencillas y directas, que evalúa situaciones de riesgos utilizando la abreviatura de **HEADSSS** (Inglés: Cabezas, con varias eses).

H: Hogar (evalúa con quien vive, cambios familiares recientes, empleo de padres)

E: Empleo-Educación (evalúa la escolaridad, el rendimiento, repitió de curso? Tiene amigos en la escuela? Tiene planes para el futuro?)

A: Actividades (Que hace en su tiempo libre? Que hace para divertirse? Con quien se divierte?)

D: Drogas (Uso alguna vez drogas ilegales?, Tabaco, alcohol o alguna otra?, Tiene amigos que los usa?)

S: Sexualidad (Cual es su orientación sexual?, Ya inicio actividad sexual? Cuando? Número de parejas con quien tuvo relaciones, Usa preservativos?)

S: Suicidio/Depresión (Esta siempre triste, cansado o desmotivado?, Piensa que no vale la pena vivir o pensó en hacerse daño?)

S: Seguridad (Usa cinturón de seguridad o casco?, Se expone a situaciones de alto riesgo? , Hay armas de fuego en el hogar?)

El médico de familia presenta varias ventajas para abordar ampliamente la salud del adolescente. Tiene la posibilidad de realizar el seguimiento longitudinal desde la infancia, acompañar en el crecimiento y desarrollo, y trabajar en las medidas preventivas. Además puede anticiparse en la crisis tanto familiar e individual que transita a lo largo de su vida. Propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida en los niños y adolescentes y ofrecerles apoyo psicosocial en la escuela y otros entornos de la comunidad son medidas que pueden ayudar a promover su salud mental.

Bibliografía

1. Rubinstein, Adolfo y colab., Medicina Familiar y Practica Ambulatoria. 3º Ed. 2016. Cap. 79.
2. Atencion a las necesidades del Adolescente, desde la perspectiva de atencion primaria. 2016. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401170387X
3. Marco conceptual para el desarrollo sexual en el adolescente. OMS 2009. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf>
4. Izcar, Liliana. Salud del Adolescente. OPS 2015. Disponible en: <http://www.slideshare.net/ilianaromero/salud-adolescente>.
5. Relación Médico-Adolescente. Entrevista medica. 2015. Disponible en: <http://www.sld.cu/galería.pdf>

CAPÍTULO XXXV

Atención integral del Adulto Mayor

Dr. Enrique de Mestral

La Gerontología constituye el conjunto de disciplinas que se ocupan del adulto mayor. Están los aspectos clínicos (la geriatría), los sociales, psicológicos, legales, espirituales, arquitecturales, los preventivos. En realidad es una ciencia multidisciplinaria como vemos.

El envejecimiento dependerá del estado de salud de cada uno, de la motivación para construir y cuidar su propia salud, del apoyo familiar, comunitario y de los recursos disponibles para su atención.

Tengamos en cuenta que envejecemos en un país pobre con marcadas desigualdades sociales, inequidades, con poco acceso a la rehabilitación. Y esta franja etaria está marcada por las discapacidades crecientes y las enfermedades crónicas que afectan las posibilidades de desempeñar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. De ahí la importancia de implementar sistemas integrales de larga duración que ayuden a vivir con el máximo de autonomía, disminuyendo la discapacidad y la dependencia hasta el final de la vida (1).

Tenemos que distinguir entre los cambios normales de la vejez (leve disminución funcional de los diferentes sistemas) y los efectos de las enfermedades. Los achaques de diversa índole no son debidos a la edad sino a las enfermedades. Vemos muchas personas de 90 años y más en buen estado de salud y sin grandes discapacidades.

Pero la edad avanzada trae una mayor vulnerabilidad. La evaluación de un adulto **mayor siempre debe repasar los aspectos clínicos, sociales, mentales y funcionales (2).**

En el aspecto funcional tener en cuenta que el 1 % está inmovilizado, el 6 % con severas limitaciones en las actividades cotidianas y requieren ayuda para poder desenvolverse mínimamente. El 10 % padece de incapacidad moderada. La "desaferenciación" (la desconexión con el mundo exterior) por disminución de la función auditiva y visual es causa de aislamiento y deterioro mayor de las funciones mentales. De ahí la importancia de rehabilitarlos con prótesis auditiva y corrección de cataratas.

La evaluación de las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, comer solo) y de las actividades instrumentales (uso del dinero, del teléfono, del transporte público) es muy necesaria pues lo más valioso en un anciano es su independencia y su autonomía.

Los aspectos sociales tienen que ver con los servicios disponibles en la ciudad, los transportes públicos, los clubes de adultos mayores, los centros de día, las actividades que les son propuestas por la comunidad (3).

En el aspecto clínico, las afecciones de mayor importancia por su frecuencia y su morbilidad son: la hipertensión arterial, la diabetes, la desnutrición, los reumatismos, la osteoporosis, el estado dentario, la rehabilitación, la desafereciación, las depresiones que son considerados solo en el 30% de los casos reales, las alteraciones de las capacidades mentales, así como la contención dentro de la familia o en instituciones.

Los **gigantes de la geriatría (las 5 "I")**, así llamados por su alta frecuencia pero que no llevan a la muerte de los ancianos. Causan sí discapacidades y limitaciones importantes en la vida diaria. Ellas son:

Inmovilidad que causan escaras, fecaloma, postración, atrofia muscular.

Inestabilidad (dificultad para mantener la orientación del cuerpo en el espacio). Causa de caídas, fracturas, abandono de actividades sociales.

Incontinencia urinaria generalmente, que altera la calidad de vida, la autoestima, abandono de actividades sociales y no suele ser considerada como incapacitante o un problema por los médicos. Ella indica cuidados ineficientes, problemas prostáticos, vesicales, prolapsos.

Intelectual. El deterioro intelectual es consecuencia de pérdida de autonomía e independencia como en las demencias degenerativas (pérdida homogénea de las funciones superiores) y vasculares (pérdida inhomogénea). Estados confusionales frente a afecciones infecciosas, deshidratación, cambio de domicilio. Las alteraciones aisladas de la memoria y las desafereciaciones por disminución de la audición y la visión son causas de aislamiento y deterioro ulterior. Las alteraciones no cognitivas como los trastornos del comportamiento, la agresividad, alteraciones del sueño suelen empujar a las familias a la institucionalización.

Iatrogenia por poli medicación, efectos adversos, franja terapéutica estrecha, interacciones, automedicación. O por omisión, al no indicar fisioterapia por ejemplo. De opinión, al atribuir a la vejez achaques de las patologías indicando reposo o inmovilidad.

Fragilidad:

Situación de vulnerabilidad que implica a la mayoría de los órganos y sistemas de nuestro organismo debido a cambios fisiológicos inherentes al envejecimiento, donde se produce una disminución de la capacidad de reserva y/o adaptación ante estímulos/insultos externos. En este tema tiene mucho que ver la desnutrición.

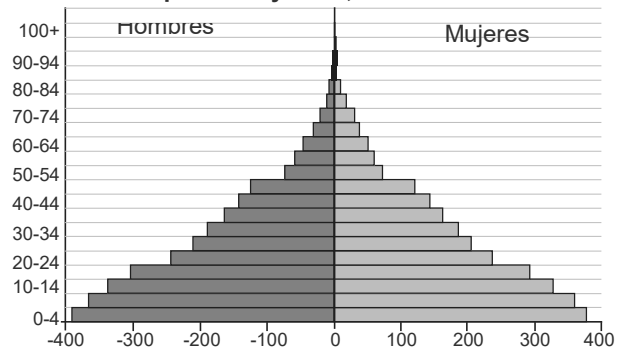
Atención primaria de salud.

Lo que no se da como derecho (necesidades a cubrir), se tendrá que resolver como problema. En nuestro medio tenemos grandes diferen-

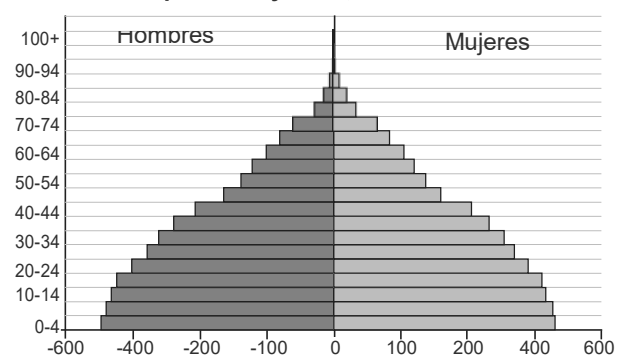
cias socioeconómicas, sociodemográficas, geográficas y étnicas. El tema de la equidad en salud es una asignatura pendiente.

Vemos tres pirámides que indican la evolución poblacional de nuestro país en la primera mitad del siglo XXI.

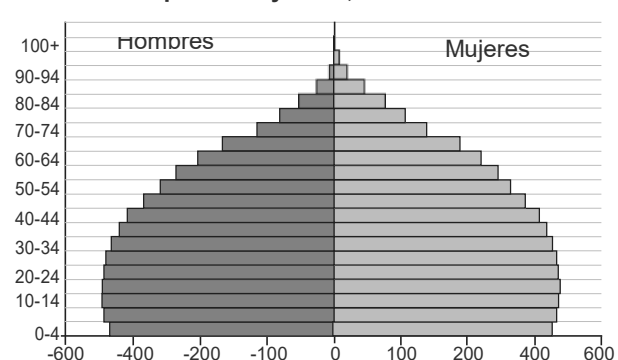
Pirámide 1: Población por sexo y edad, 2000



Pirámide 2: Población por sexo y edad, 2025



Pirámide 3: Población por sexo y edad, 2050



Entre los aspectos éticos señalemos: la necesidad de respetar la autonomía y velar por una comunicación sincera y directa, de evitar el encarnizamiento terapéutico, ofreciendo las medidas proporcionadas a los resultados esperados, los cuidados paliativos cuando se esté frente a pacientes en etapa terminal, ya sea por cáncer o por otras enfermedades no oncológicas en etapa terminal, como la insuficiencia renal, el síndrome pulmonar obstructivo crónico, las insuficiencias cardíacas refractarias al tratamiento, demencias muy avanzadas, etc.

El maltrato, la soledad y el abandono son problemas comunes.

En la **toma de decisiones**, debemos de tener en cuenta la calidad de vida previa, el diagnóstico amenazante, su pronóstico, su evolución posible con y sin tratamiento específico, el estado mental, el grado de dependencia funcional, si existen o no directivas anticipadas, la posición de la familia que puede ser equívoca y la calidad de vida probable luego de una intervención terapéutica compleja.

Una atención integral tiene en cuenta una medicina personalizada, centrada en la evidencia científica. Las directivas anticipadas deben ser recomendadas y respetadas para ayudar al paciente a una muerte digna, humanizada antes que medicalizada. Recordemos que el final de la vida es tiempo de despedirse, de perdonar, de ser perdonado.

Bibliografía:

1. Abizanda Soler P y col. Medicina geriátrica. Una aproximación basada en problemas. Elsevier Masson. Barcelona, 2012.
2. D'Hyver C, Gutierrez Robledo LM. Geriátria. Manual Moderno. México, 2014.
3. Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriátria y gerontología. La Hoguera. Bolivia 2012.

La familia y el paciente terminal

Dra. Elena de Mestral

El paciente y su familia en la fase terminal

La expresión “morir en la dignidad” representa un sentido extremadamente diferente para cada uno de nosotros. Algunos reivindican con fuerza el recurso a los Cuidados Paliativos con el fin de controlar eficazmente el dolor y el sufrimiento de los enfermos en fase terminal, otros favorecen la eutanasia o el suicidio asistido, sosteniendo que es más humano y moralmente justificable poner fin rápidamente y sin dolor la vida de personas que sufren. Pero: ¿será que el dolor termina cuando el paciente muere? ¿Como acompañar la familia del paciente en fase terminal durante la enfermedad y después de su muerte?

Una de las mayores preocupaciones del enfermo es el grave problema que su dolencia supone para su familia, por lo que agradece todo lo que se haga por ella. (1111). Son varios los retos a los que se enfrentan los familiares en esta etapa terminal. A veces vemos familias que tratan de actuar con naturalidad ante el enfermo mientras en otros casos exageran los cuidados pudiendo caer en un encarnizamiento terapéutico. Además ellas deben ocuparse de todas las funciones y tareas que realizaba el paciente. Aquí es importante lograr un buen relacionamiento con la familia y apoyarla en la difícil tarea de poner todas las cosas en orden y despedirse de su ser querido. Por ello, la familia requiere una información clara sobre la enfermedad, su evolución probable, como cuidarle, como mejorar la interrelación personal y diversos apoyos tanto de tipo físico, emocional y económico que existen en su comunidad.

Los Cuidados Paliativos son cuidados activos y completos dados a los enfermos en quienes la afección no responde a un tratamiento curativo. La lucha contra el dolor y otros síntomas, y la consideración de problemas psicológicos, sociales y espirituales, son primordiales. El objetivo de los Cuidados paliativos es el de obtener la mejor calidad de vida posible para los pacientes y su familia. Están centrados en la vida y considera que morir es un proceso normal, no aceleran ni retardan la muerte. (OMS) (1)

Los Cuidados Paliativos abarcan los 6 últimos meses de vida y comprenden ciertas características:

1. **Se tiene en cuenta las cuatro dimensiones del sufrimiento humano, es el concepto del “Dolor Total”:**
 - El Sufrimiento somático: dominado por el dolor y los otros síntomas (disnea, náuseas, vómitos, tos, debilidad muscular, inmovili-

dad, confusión, escaras, constipación, diarrea, anorexia, ansiedad, disfagia, incontinencia urinaria y fecal, prurito, etc.). Todas las miserias físicas deben ser combatidas. Para ello contamos con medicamentos que dan buenos resultados, en algunos síntomas más que en otros (por ej. la Morfina para el dolor). Los cuidados de base son muy importantes, así como las medidas de confort que permiten al enfermo conservar su autonomía y su dignidad (cambio de posición regular, higiene de la boca, cambio de protecciones, adaptación de la alimentación, hidratación y eliminación, etc.).

- El sufrimiento psicológico; como la tristeza, la soledad, la culpabilidad (...“porque fumaba tanto padezco este cáncer”), el miedo (miedo a morir asfixiado o ahogado), la angustia, el sentimiento de no saber a donde vamos, que nos espera, como va a ser el final, etc.
- El sufrimiento social: el paciente puede experimentar un sufrimiento por todo lo que deja de ser: un padre que deja de ser el sostén de la familia, un trabajador que debe dejar de trabajar, un amigo (...al final quedan siempre pocos amigos), tantos sueños aún no realizados, etc. El manejo apropiado de los problemas psicosociales de los pacientes y de sus familias que sufren el duelo anticipado requiere generalmente de los esfuerzos coordinados de un equipo multidisciplinario que puede hacer mucho por organizar y ayudar a la familia a tener un papel ante el enfermo, con rotación de sus miembros a través de las diversas tareas para evitar el quemamiento, a la vez que se da a cada uno la oportunidad de sentir que ha contribuido de forma significativa en su cuidado.
- Sufrimiento espiritual: De la misma forma el paciente debe beneficiar de ayuda para prepararse espiritualmente, y tener la posibilidad de contar con el apoyo de sus seres queridos. “¿Qué sentido le doy a esta enfermedad”, “¿qué significa la muerte?”, “¿Porqué me sucede esto a mí?”, “¿Porqué ahora?”, “¿Qué quiere decirme Dios con esto?”, “¿cómo me preparo yo y cómo preparo a mi familia?”, “¿quién se ocupará de mis hijos”, “no soy un buen padre puesto que les hago sufrir tanto”, etc. son preguntas que buscan saber.

2. Cuidados Paliativos y Acompañamiento: Para sostener el paciente en fase terminal se impone la intervención de un equipo multidisciplinario (médicos, enfermera, psicólogos, fisioterapeutas, ergoterapeutas, nutricionistas, asistentes sociales, representantes de diferentes religiones). La consideración de las necesidades espirituales, es esencial, con el más absoluto respeto de las opciones filosóficas y religiosas de cada uno. Este equipo debe tener objetivos comunes, buena comunicación y evaluaciones regulares, deben tener disponibilidad y poder anteponerse a situaciones que se puedan suscitar a los efectos de estar preparados y poder actuar eficazmente. También forman parte los Voluntarios que acepten aportar alivio al enfermo y a su familia, ya que los cuidadores más próximos tienden a sentirse más cansados o estresados, particularmente en la fase final, es importante hablar con ellos, empezando por decirles que se reconocen las dificultades que están atravesando. Es interesante recomendar a los familiares que hagan una lista de las cosas que necesitan para cuando alguien pregunte qué se puede hacer por ellos. Muchas veces, una ayuda física, económica o una adaptación sencilla de su vivienda reducen de forma notable

el trabajo sanitario. Otras posibles ayudas prácticas son: llevar a los niños de paseo, ayudar en los quehaceres de la casa o actuar de intermediario en los trámites administrativos en el momento del fallecimiento, preparativos para el funeral, etc.

En otros países existe la posibilidad de ingresar al enfermo en una Unidad de Cuidados Paliativos para la evaluación y estabilización de los síntomas cuando lo consideren conveniente o se sientan sobrecargados.

El acompañamiento de la familia debe hacerse durante la enfermedad del paciente y después de su muerte. La disponibilidad hacia ellos continuará durante el duelo porque la depresión y la sensación de desolación tienden a persistir por varios meses, siendo importante dejar una ventana abierta para la comunicación posterior con la familia, debido a que en esta etapa suelen ser necesarias, quizás más que nunca, unas manos amigas. Debemos estar disponibles y explicar en que consiste el duelo, cuanto tiempo dura, proponer algún tratamiento antidepresor o ansiolítico si hiciese falta, etc. (cuadro I). En la práctica, los Cuidados Paliativos y el Acompañamiento son dos realidades indisolubles. La familia tiende a recordar de forma vívida los sucesos que rodearon a la muerte de un ser querido, por lo que la atención que se les preste en las últimas horas es esencial para la percepción de que se ha hecho todo lo que se ha podido y esto es fuente de futuro bienestar y un gran apoyo humano para poder reiniciar las actividades normales.

3. **¿Decir o no decir la verdad? En Cuidados paliativos la prioridad del paciente se vuelve la prioridad del equipo tratante:** la autoridad final debe residir siempre en el paciente. De ahí la importancia de aliviar los síntomas, para que el paciente pueda establecer hasta qué punto quiere recibir información, tomar sus propias decisiones y compartir información con otros; si quiere ir al hospital, o si quiere quedarse en la casa, si quiere intentar otra quimioterapia, si quiere comer, que quiere comer, etc.

La escucha y la observación del paciente permitirán de saber de que manera y en que momento conviene hablarle de la realidad de su enfermedad, caminando a su ritmo en un clima de veracidad. Es importante conocer lo que el enfermo sabe, lo que quiere saber y lo que está en condiciones de saber. Para esto las preguntas abiertas son de utilidad. “¿Qué le informaron?”, “¿Qué es lo que piensa?”, “¿Tiene alguna duda?”, “¿Qué le molesta?”, dan la posibilidad de expresar lo que el paciente siente. Si el paciente pregunta es porque está parado para la respuesta, y se le informa de a poco, según lo que él pregunta. Es importante interpretar el lenguaje no verbal, que no sabe mentir: los gestos, el tono de voz, la mirada, el contacto, los silencios, llegan a donde la palabra no logra llegar.

Aquí es importante recordar las actitudes psicológicas del paciente en fase terminal, son las “Etapas” descritas por Elizabeth Kübler-Ross, (3 y 4) y ellas son:

- Shock y negación: Es el rechazo inicial: “No, no a mí, no puede ser verdad, debe haber un error”. En nuestro inconsciente somos inmortales. De cómo se aborde la situación, de cómo se dé la información, de cómo se haya preparado a lo largo de la vida para afrontar las situaciones de tensión, dependerá que abandone la negación y utilice mecanismos mas elaborados.
- Cólera: rabia, enojo, irritación, resentimiento. “¿Porqué yo?”, e inconscientemente proyectan toda esta agresividad hacia. la familia, del entorno, del equipo de salud, por eso esta fase es muy difícil de afrontar.
- Negociación: “Si, yo, pero no podríamos esperar hasta...”, buscando prolongar la vida hasta un acontecimiento importante, este pacto es un intento de posponer los hechos, fija plazos impuestos por uno mismo: “Quisiera vivir hasta la graduación de mi hija, hasta que vuelva mi hijo de su viaje, etc.” (y muchas veces así sucede...).
- Depresión: “Sí, yo”. Con todos los síntomas de una depresión reaccional, es la etapa de preparación a la pérdida de todos los objetos, a la separación de los seres queridos, y la preparación para la llegada de la muerte.
- Aceptación: “Mi hora ha llegado, ya lo acepto”. Si un paciente ha tenido bastante tiempo y se le ha ayudado a pasar por las fases descritas, llegará a una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará. Generalmente el paciente está débil, con sueño. La comunicación oral es cada vez menor. No debe considerarla siempre como una etapa feliz, a veces corresponde a una huida de la lucha “ya se entregó”, “bajó los brazos”...).

Es importante especificar que estas actitudes no son fases rígidas que se suceden. La persona puede saltar de una etapa a otra. Es decir, no todos llegarán a la aceptación. Debemos saber reconocer estos estados para poder ayudar a nuestros pacientes. Por ejemplo si está en una etapa de negación, nuestras explicaciones por mas exhaustas que sean no le servirán de nada, no las escuchará o no las aceptará y buscará otros médicos, hasta que encuentre uno que le siga la corriente (le da vitaminas, te de combucha, insectos que comer, o le harán infinitos estudios y tratamientos desmesurados).

Y la familia?

Muchas familias atraviesan las mismas etapas de adaptación a la enfermedad y muerte que los enfermos y requieren una especial comprensión si se han detenido en alguna de ellas como la incredulidad, la negación, ira o resentimiento y si no se resignan ante la muerte. Requieren comprensión y simpatía y algún alivio para su aprensión e inseguridad, así como poder hablar abiertamente de las dificultades y problemas causados por la enfermedad. Si tienen temores, ansiedad, depresión o culpabilidad, no podrán dar al familiar el apoyo y comprensión cuando éste más lo necesite. La ansiedad, el alivio de sus sentimientos de culpa y de frustración de algunos familiares necesitan por lo general que se les escuche. Debemos emplear técnicas de comunicación con sus diversos miembros que faciliten la ruptura de la llamada “conspiración de silencio”. Es lo que sucede muchas veces en el mundo latino, la familia tiene a “proteger” al paciente y no nos permite que le hablemos de su enfermedad, inclusive muchas veces fingen de

que todo va a mejorar, siendo que el propio cuerpo (del paciente y de cada uno de los familiares) expresa la irreversibilidad del cuadro clínico, expresa tristeza, expresa otra realidad. En cambio, en los países de Europa o Estados Unidos, los pacientes conocen perfectamente su enfermedad y su pronóstico, ya que a menudo la familia no está muy presente.

4. La Ética de los Cuidados Paliativos:

La Ética de los Cuidados Paliativos hace del alivio del sufrimiento físico una prioridad y una exigencia. Igualmente, es también prioridad el acompañamiento social, psicológico y espiritual. Son consideradas como contrarias al espíritu de los Cuidados Paliativos dos actitudes: el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia

Muchos de estos pacientes mueren en unidades hospitalarias con infinitos estudios, catéter y tubos, pasando los últimos días de su vida, alejados de sus familias, de su hogar, de sus ambientes, confiscados a veces en una fría sala de Cuidados Intensivos, a sabiendas que no tenemos ni el derecho ni la capacidad de prolongar la vida, sometiéndoles a inútiles sufrimientos.

El encarnizamiento terapéutico puede ser definido como la actitud que consiste a continuar una terapéutica pesada con intención curativa, que tiene como objeto el prolongamiento de la vida sin tener en cuenta su calidad, siendo que no existe ninguna esperanza razonable de obtener una mejora del estado del enfermo. Es la obstinación por curar que conduce a condiciones de vida extremadamente penosas, difíciles de soportar por el paciente y su entorno.

Por Eutanasia se entiende la administración voluntaria de una droga o de un producto tóxico a un enfermo (el famoso “cocktail lítico”), incapacitado o herido incurables, con el objeto de abreviar la duración de sus sufrimientos y que pone fin a su vida rápidamente. Corresponde a un acto voluntario, con un sola intención: poner fin a la vida del paciente, por medio de una excusa: aliviar sus sufrimientos.

No es Eutanasia la abstención de emplear medios técnicos que podrían prolongar la vida por poco tiempo, pero que serían fuente de infort o de sufrimiento. Como ejemplo: la decisión de no dializar un paciente anciano con insuficiencia renal en etapa terminal. Tampoco es Eutanasia el acto de suspender un tratamiento etiológico, desde el punto de vista jurídico y moral el paciente muere de su enfermedad y no de la administración de un producto tóxico. Como ejemplo: ir retirando los tratamientos que yo no mejorarán la calidad de vida del paciente. Otra fuente de confusión es la administración de analgésicos morfínicos. En la opinión pública y en muchos médicos, la morfina produce la muerte del paciente. El tratamiento del dolor correctamente administrado, de manera progresiva y controlada no acelera la muerte (el objetivo no es producir la muerte del paciente sino aliviar su dolor físico).

Conclusión

Los cuidados paliativos devuelven a los enfermos y al equipo tratante la dignidad, poniendo acento en la calidad de vida y no solamente en la cantidad de vida, considerando que morir es un proceso normal. No aceleran ni retardan la muerte.

En el cuidado del paciente terminal no se pueden separar sus necesidades de las de sus familias porque las dos partes funcionan como una unidad.

El manejo del paciente terminal en equipo interdisciplinario, respetando la voluntad del paciente, aliviando síntomas y acompañando su familia sólo alcanza a una minoría de pacientes. Toda persona enferma, si su estado lo requiere, tiene derecho a acceder a estos cuidados paliativos y a un acompañamiento, evitando así la presión de un pedido de eutanasia o la tentación del encarnizamiento terapéutico. La distribución de estos cuidados no debería depender de la edad, sexo, clase social o capacidad económica del paciente ni de la obstinación de los médicos a prolongar la vida del paciente, sino de la propia conciencia del equipo médico y de la población en general a buscar más bien la calidad de vida y una muerte digna.

Aceptar y aplicar los cuidados paliativos a estos pacientes llegado el momento indicado, demostraría entonces una cierta apertura de espíritu, aceptando que no somos omnipotentes. Los derechos del enfermo terminal se resumen en ser tratados como seres humanos hasta la muerte. Y somos conscientes que el dolor y la angustia frente a la muerte no desaparecerán por completo pero con estos cuidados ayudaremos a enfrentarlos con mayor dignidad.

Existe un tiempo para vivir, y un tiempo para morir (5); que no es lo mismo que dejar morir o matar, practicando la eutanasia. Y si en el tiempo que les queda logramos aliviar sus sufrimientos, veremos como disminuyen los pedidos de Eutanasia.

Por eso, los Cuidados Paliativos es lo que nos queda por hacer cuando "ya no hay nada que hacer".

Bibliografía

- 1) Astudillo, W., Mendinueta C., Astudillo E. Necesidades del enfermo en sus últimos días, DOLOR, 1992 ;7:15-21.
- 2) Astudillo Wilson Alarcón, Carmen Mendinueta Aguirre, Como cuidar a un enfermo en fase Terminal? Cuarta Edición 2003. Ediciones Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos
- 3) Astudillo Wilson Alarcón, Carmen Mendinueta Aguirre Cómo ayudar a la familia en la terminalidad? San Sebastián, SOVPAL, 2000
- 4) Astudillo W., Mendinueta, C., Astudillo E. Asistencia a la familia ante una muerte esperada. REv. Med. Uni. Nav. 1992, 39;41-49.
- 5) Bertolino M, Bruera E, Castillo G, De Lima L, Fernández A, Granda C, Moncyo-Eikhof R, Montejo G, Moyano J, Pruvost M, Quesada Tristán L, Rico Pasos M A, Schöeller M T, Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico, OPS, Marzo 1998

- 6) Clerc B. Le Chemin du Passeur, Travail présenté pour l'obtention du Certificat du Cycle de Gérontologie, Ecole bon Secours, Soins Infirmiers. Genève. 1997
- 7) Cuidados Paliativos en el Paciente Oncológico – Pautas de Tratamiento – Unidad de Cuidados Paliativos – Facultad de Medicina – Universidad de la República - Montevideo – Uruguay – Agosto 2001
- 8) Documento de la OMS: Estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Logrando equilibrio en las políticas nacionales de fiscalización de opioides. 2001
- 9) Ensemble contre la douleur. Internet: www.sans-douleur.ch
- 10) Garcia Yanneo E, Asistencia al morir, el movimiento "hospice", Revista Quirón, vol 27 N°3, 1996. Uruguay
- 11) Gomas J M: Le malade en fin de vie et le medecin generaliste. Ed du Cerf, Paris, 1994
- 12) Gomas J, M, Soigner à domicile des malades en fin de vie. Ed du Cerf. Paris 1993
- 13) Infokara, Revue internationale francophone de soins palliatifs. Société Suisse de médecine et de soins palliatifs, Ed Médecine & Hygiène, Años 1996 al 2001
- 14) Kübler- Roos E. Internet: <http://hospiz.at/Sterbephasen.html>
- 15) Kübler-Roos E. Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo editorial, Barcelona. 1975
- 16) Mediano Ortega L, Fernández Canti G, El Burnout y los Médicos, Un peligro desconocido, 2001, España
- 17) Myre A, La enfermedad: Dios quiere que suframos?, Edición Ciudad Nueva, 1996
- 18) Navarro, M.A. Gómez, M. Ojeda, García E. Marero, M. Guerra A., Medicina Paliativa y familia. Ver. Soc. Esp. Dolor, 1995. Supl. II, 18-24
- 19) Neuenschwander N; Steiner N; Stiefel F; de Stoutz N; Humbert N; St. Laurent-Gagnon T: Médecine palliative en un coup d'oeil – Editor: Ligue suisse contre le cancer – Año 2000
- 20) Norma de Enfermería, Programa nacional de alivio del dolor y cuidados paliativos a pacientes con cancer, Ministerio de Salud, Chile, 1998
- 21) Pillot J, Malades en fin de vie...quelle écoute?, Association l'Autre Rive, Grenoble, 1994
- 22) Sitio internet sobre los Cuidados Paliativos: <http://www.paliativos.com/>
- 23) Sociedad española de Cuidados Paliativos. Internet: <http://www.secpal.com/>
- 24) Steiner N. Soins Palliatifs á Domicile. Cahier des Resumés de la Société Suisse de Soins Palliatifs. Genève. 1997
- 25) Steiner N, Luchsinger V. Equipe Mobile de Soins Palliatifs de Genève. Revue Médicale de la Suisse Romande 1997; 117; 249-253.
- 26) Steiner N, Guide Pratique de Soins Palliatifs, Centre de Soins Continus, Institutions Universitaire de Geneve, Suisse, edition 1994
- 27) Regnard C, Hockley J, Lassaunière J M. Guide pratique de Soins Palliatifs. Soins Palliatifs à l'Hôtel Dieu. Paris
- 29) Sitio Internet: <http://www.ehu.es/yvwcaroa/doc/AM2003.pdf>
- 30) Sitio Internet: <http://www.ehu.es/yvwcaroa/fcp.html>
- 28) Twycross, R.G. – Asistencia al Paciente en fase Terminal. Triángulo. Revista Sandoz. Vol. N° 32, N° 3, 1994

CAPÍTULO XXXVII

Atención Primaria de Salud (APS)

Dr. Andrés Szwako

El termino APS o Atención Primaria de Salud, aun no está claro en muchos profesionales de la salud en nuestro país, aun tenemos profesionales que tienen un *concepto erróneo* de lo que implica basar el sistema de salud en APS. Es común que se crea que la APS es una especialidad médica, con un trabajo rudimentario, con personal poco calificado y especialmente poca disponibilidad de dinero. Esto sería por un lado porque no se ha incorporado estos conceptos en el pre-grado y por otro lado la reticencia de algunos profesionales que aun se cierran a nuevos conceptos (aunque APS ya no es tan nuevo).

La atención primaria se convirtió en la política central de la OMS en 1978, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000». Muchos años más tarde, los valores que encarna la atención primaria siguen gozando de un fuerte respaldo internacional. Los resultados preliminares de un importante análisis llevan a pensar que muchos de quienes integran la comunidad sanitaria mundial consideran que el enfoque de la atención primaria es indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud (OMS, 2018)

Es así, que tenemos que conocer es la definición de la APS. La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata en 1978, definió la Atención Primaria de Salud (APS) como:

“Es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, con plena participación comunitaria, a un costo que la comunidad y el país puedan asumir, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Es el 1er contacto de la persona, familia y comunidad con el sistema sanitario nacional, que lleva los servicios de salud lo mas cerca posible de donde viven y trabajan las personas”

Es una definición extensa, pero es completa, y es una pieza clave, o tendría que serlo, de todos los sistemas sanitarios del mundo, para así poder mejorar y lograr un nivel de salud adecuado de toda la población.

En otro capítulo se estará refiriendo el tema de “Renovacion de la APS”. Muchos países no iniciaron un cambio en su política de salud, y por supuesto no consiguieron el objetivo principal, que fue «Salud para todos en el año 2000» que la OMS se fijo como meta ya en la década del 70.

La APS en Paraguay

La estrategia de Atención Primaria de Salud es el área que más rigurosamente ha sido evaluada, desde la aprobación de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en agosto de 2008. (<http://www.mspbs.gov.py/planificacion/atencion-primaria-de-salud/-2018>)

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) busca acercar la salud a la población cerca de donde viven. En tres años se concretó la instalación de 704 Unidades de Salud de la Familia (USF) en 234 distritos de 18 departamentos del país, para una población de 2.467.000 personas. Para el 2013 el número había crecido a 743 USF.

Las USF son una puerta de entrada muy importante al sistema nacional de salud, acercan la atención de salud a las familias y sus comunidades, a través de equipos de salud. *Contribuyen a ampliar la cobertura sanitaria y a la reducción de la exclusión social.*

¿Qué es una USF?

La Unidad de Salud de la Familia (USF) es la forma como se organiza la atención. Cada USF está compuesta por un Equipo de Salud de la Familia (ESF) integrado por: un médico de familia, personal de enfermería y obstetricia, y promotores, quienes se instalan en las comunidades, efectúan consultas ambulatorias y domiciliarias, principalmente realizan asistencia a pacientes encamados o que por alguna discapacidad física no pueden llegar hasta el establecimiento de salud; detectan las enfermedades; realizan acompañamiento correspondiente del paciente; brindan información sobre prevención de enfermedades y charlas educativas de promoción de la salud.

Entre otros servicios que ofrecen las USF se citan además: control prenatal, papanicolau, toma de muestras para análisis para mujeres en etapa de gestación, test rápido para detectar VIH, planificación familiar, vacunaciones, control de pacientes con enfermedades crónicas (diabéticos, hipertensos, etc.) medición de peso y talla, de presión arterial y glicemia, cirugías menores, distribución de medicamentos esenciales gratuitos, entre otros servicios.

Una tarea muy importante de los equipos de salud de la familia es la organización del Aty Guasú Comunitario, un espacio donde la comunidad puede participar, analizar y decidir sobre las mejores acciones para resolver sus problemas de salud y mejorar su calidad de vida. (<http://www.mspbs.gov.py/planificacion/atencion-primaria-de-salud/> - 2018)

Una primera y superficial lectura de los contenidos de la definición expuesta puede llevar a pensar que su aplicación es prioritaria solamente para los países subdesarrollados y que en los restantes ya se cumplen ampliamente todos o la mayor parte de sus postulados. Sin embargo, en estos últimos países, con sistemas sanitarios de potente infraestructura, también es necesario corregir sus desviaciones conceptuales y organizativas para adaptarlos a las directrices de la APS. También es frecuente la interpretación restrictiva de los contenidos de

la definición en el sentido de considerarla equivalente a la medicina general o familiar (*general practice, family medicine*) que si bien son las especialidades que mejor pueden desarrollar estos objetivos, no son los únicos, necesitamos más médicos de atención primaria, mas médicos de familia, mas pediatras, mas internistas, pero con enfoque más generalista. Los dos primeros términos hacen referencia únicamente a la actividad desarrollada por este tipo de profesionales, destacando en el segundo de ellos la importancia de la estructura familiar como objetivo de actuación. La atención médica primaria, aunque no en todos los países, es entendida como la asistencia de primer contacto que prestan a la población los médicos y otros profesionales sanitarios.

Estas diferencias se ven ampliadas si se considera que las actividades propiamente sanitarias son sólo una parte de las básicas de la APS.

Otras interpretaciones erróneas, aunque parecidas a las ya citadas de la APS se extienden también a su consideración como una asistencia sanitaria de baja calidad: medicina pobre y rudimentaria para pueblos y ciudadanos pobres.

Estas visiones sesgadas de la APS tienen también su origen en análisis esencialmente economicistas de los servicios de salud, orientados hacia el recorte de los gastos crecientes generados por ellos: un sistema basado en un desarrollo importante de la APS, con tecnologías simples y poco costosas, podría permitir un mayor ahorro de recursos que otro centrado fundamentalmente en la asistencia hospitalaria. Este planteamiento no considera que la APS necesita inversiones importantes para alcanzar un grado óptimo de desarrollo. La APS no es más barata en términos cuantitativos que la asistencia médica ambulatoria ni genera un ahorro significativo en los gastos totales; lo que sí puede inducir la puesta en práctica de esta estrategia es una racionalización de la utilización de los recursos, mejorando la equidad, eficacia y eficiencia del conjunto del sistema.

La definición de los principales problemas sanitarios a partir de la confección y puesta en práctica de un Plan Nacional de Salud que contemple un abordaje global de ellos, desde la promoción y prevención a la rehabilitación, es un primer paso importante para la puesta en práctica de la estrategia de la APS.

En los países subdesarrollados o en vías de desarrollo las dificultades para conseguir los objetivos de la APS tienen un origen múltiple.

En muchos casos la pobreza y sus secuelas de malnutrición, falta de agua potable, inexistencia casi total de infraestructuras sanitarias, etc., son obstáculos difíciles de salvar, pero no imposibles. A ellos se suma con frecuencia la gestión y utilización incorrectas de los escasos recursos disponibles, hecho relativamente común en países subdesarrollados.

En los países desarrollados la propia inercia de los potentes sistemas de salud centrados en la asistencia hospitalaria y especializada puede ser el obstáculo principal para la implantación de la estrategia de la

APS, ya que tienen recursos económicos importantes y no ven la necesidad de gerenciar esos gastos. Los mecanismos de financiación de los sistemas, la política de recursos humanos y las presiones corporativas y de grupos económicos son algunos de los factores que también pueden influir de forma negativa en este proceso.

De acuerdo con las afirmaciones contenidas en el documento ***Primary Care: delivering de future***, presentado al parlamento inglés en diciembre de 1996, la Atención Primaria del futuro debería contemplar prioritariamente los siguientes aspectos: priorizar el desarrollo y la capacitación profesional, flexibilidad para responder a las diferentes necesidades y circunstancias, impulsar el trabajo en equipo, aceptación plena del papel cada vez más importante de la información y de sus tecnologías, fundamentación en la evidencia de los procesos de toma de decisiones y capacidad para gestionar recursos en los diferentes niveles y estructuras del sistema.

Actualmente sabemos que: La renovación de la APS exige más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como acceso, justicia financiera, adecuación y sostenibilidad de los recursos, compromiso político y desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención. Además, las experiencias exitosas de la APS demuestran que son necesarios los enfoques sistémicos amplios de modo que la renovación de la APS debe poner más atención a los enfoques basados en la evidencia para lograr la atención universal, integrada e integral.

La OPS/OMS reconoce que la Atención Primaria de Salud constituye la estrategia principal del sector salud para que los países alcancen los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que son: reducir la pobreza, eliminar la desnutrición aguda y crónica, reducir la mortalidad materna e infantil, mediante el acceso universal a servicios básicos integrales de salud, agua segura y disposición sanitaria de excretas y la prevención y control de las enfermedades, con la activa participación de las comunidades organizadas.

La Dra. Bárbara Starfield, reconocida impulsora de la Medicina Familiar y la Atención Primaria, en su conferencia en **Santiago de Chile**, elaborada en 2005 durante la **II Cumbre Iberoamericana de Medicina de Familia**, refiere lo siguiente: "La demostración de la costo efectividad de la Medicina Familiar ya está hecha con suficientes estudios, aquellos que creen que otro sistema o estrategia es mejor, se deben encargar de demostrarlo con estadísticas"

Equipo de salud

El pilar organizativo en el que se basa el desarrollo de los contenidos sanitarios de la APS es el trabajo en equipos multidisciplinarios, esto significa, que en APS, el trabajo nunca será realizado solamente por un personal, ni por un solo equipo, sino por varias personas y grupos.

El equipo de salud en Atención Primaria, es la estructura organizativa y funcional constituida por un conjunto de profesionales sanitarios (medico, enfermera) y no sanitarios (trabajador social, promotor) que

desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la APS en una comunidad.

En el equipo de Atención Primaria el profesional médico tiene un papel primordial pero, una diferencia importante de lo que sucede en la asistencia médica ambulatoria desarrollada por un solo facultativo (que estaría dentro de lo que llamamos asistencialismo), no es el único protagonista de la actividad sanitaria sino que, en todos los niveles de actuación, comparte sus responsabilidades y tareas con los otros componentes del equipo, logrando así una efectividad mayor en sus resultados.

La constitución de un verdadero equipo de salud no se logra juntando físicamente a sus componentes y actividades; es necesario que asuman unos objetivos comunes, ya que esto será de vital importancia para el éxito, y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, sabiendo cada uno sus responsabilidades, basado en la división funcional del trabajo y de acuerdo con la capacitación técnica de los profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical absoluta, aunque respetando ciertos criterios básicos.

Elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud Integral.

Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial, no solamente biológica. Además, es una de las principales características de la Medicina Familiar. Las esferas biológica, psicológica y social no son independientes sino que se interseccionan en las personas, las familias y sus problemas de salud.

Integrada. Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas. En este punto, debe ser una “obligación” de cualquier Médico de Familia, el realizar objetivamente todos los elementos.

Continuada y permanente. A lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario). No deben existir limitaciones por edad, sexo, lugar de residencia, etc.

Activa. Los profesionales de los equipos no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas; han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo las necesidades de salud, aunque éstas no sean expresadas, con referencia especial a los campos de la promoción y la prevención.

Elementos conceptuales de la APS	
● Integral	● Docente e Investigadora
● Integrada	● Programada y evaluable
● Continuada y Permanente	● Comunitaria y Participativa
● Activa	● Basada en el trabajo en equipo
● Accesible	

Accesible. Los ciudadanos no deben tener dificultades importantes para poder tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios. La accesibilidad no debe ser entendida exclusivamente con un criterio geográfico, ya que éste muchas veces tiene menor relevancia que los económicos, burocráticos y discriminativos (p. Ej., raciales).

Basada en el trabajo en equipo. Equipos de Salud o de Atención Primaria integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios. Y entre los Médicos, el trabajo conjunto entre los especialistas en Medicina familiar y demás especialistas, sin ningún ánimo de competencia.

Comunitaria y participativa. Proporciona atención de los problemas de salud colectivos y no sólo individuales, mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y la medicina comunitaria. La APS está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actuaciones. Los personales no sanitarios, estos son, personas de la comunidad, deben estar estrechamente relacionados con todos los aspectos de la atención.

Programada y evaluable. Con actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos, para conocer los avances o deficiencias que se van sucediendo.

Docente e investigadora. Desarrolla actividades de docencia pre y posgraduada, así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en las materias propias de su ámbito. Es además una forma interesante de exigir la buena actualización de los encargados de la atención primaria.

Funciones y actividades

Las funciones y las actividades a ser desarrolladas por este grupo o núcleo básico es bastante amplia, pero puede resumirse en:

1. Asistencia. La asistencia médica es la actividad más frecuentemente realizada en todos los estamentos de salud (ministerios, facultades de medicina, organizaciones, etc). El asistencialismo en forma aislada, tiene poco impacto a nivel general, pero si es en forma continua y con un enfoque psicosocial mejoraría el resultado. Un ejemplo de asistencialismo serían las maratónicas atenciones que se realizan en extensiones universitarias de un día en sitios remotos del país.
2. Promoción de la salud. Promocionar una vida sana, como alimentación, ejercicios, etc., es fundamental para el éxito de cualquier programa de salud.
3. Prevención de la enfermedad. En sus tres niveles, la prevención también contribuye para que los resultados mejoren a mediano o largo plazo, con programas específicos.
4. Rehabilitación. Lograr la rehabilitación de pacientes y reinsertarlos en la sociedad es sin duda alguna un objetivo de cualquier sistema de salud.
5. Docencia e investigación. Un tema siempre importante es la capacitación continua y efectiva del personal, y la docencia y

la investigación contribuyen a mejorar el conocimiento de los profesionales.

Funciones y actividades de APS
<ul style="list-style-type: none">● ASISTENCIA● PROMOCION DE SALUD● PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD● REHABILITACION● DOCENCIA E INVESTIGACION

Núcleo básico

El núcleo básico del equipo de Atención Primaria es el formado por aquellos profesionales imprescindibles para el desarrollo de sus funciones esenciales en los terrenos asistencial, preventivo y de promoción de la salud y sin los que es imposible hablar de un verdadero equipo. Los profesionales que deben ser incluidos son: médicos, profesionales de enfermería, trabajadores sociales y los administrativos o polivalentes son los elementos constitutivos básicos y los restantes técnicos sanitarios y no sanitarios que pueden integrarlos actúan como elementos de infraestructura o de apoyo especializado. Tal es el caso de los especialistas en salud pública, de odontología, salud mental, obstetricia y ginecología, laboratorio, radiología, farmacia y veterinaria. Un dato muy importante es que en los equipos de APS, también pueden estar incluidos los propios pacientes y sus familiares.

Equipo basico de APS
<ul style="list-style-type: none">● MEDICO● ENFERMERA● TRABAJO SOCIAL● TECNICO NO SANITARIO

Determinantes sociales de la salud

Es importante mencionar a los Determinantes sociales de la salud, ya que tienen un rol preponderante en todo el proceso salud-enfermedad. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables

observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (http://www.who.int/social_determinants/es/ marzo, 2018)

Mejorar las condiciones de vida cotidianas

Para que estos Determinantes sociales de la Salud puedan ser controlados, se recomienda intervenir en los siguientes puntos:

Equidad desde el principio

Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las inequidades sanitarias.

Entornos salubres para una población sana

El lugar donde vivimos afecta a nuestra salud y a nuestras posibilidad de tener una vida próspera. El acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano.

Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno

El empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales.

Protección social a lo largo de la vida

Todo el mundo necesita protección social a lo largo de la vida: en la infancia, durante la vida laboral, y en la vejez. Esa protección también es necesaria en determinadas circunstancias inesperadas, como en caso de enfermedad, discapacidad y pérdida de ingresos o del trabajo. Cuatro de cada cinco personas en el mundo carece de la protección básica que proporciona la seguridad social.

Atención de salud universal

El acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecerán. Cada año, más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a que han de hacer frente a gastos sanitarios de consecuencias catastróficas para sus familias.

Bibliografía

- 1) Zurro, M. Cano, J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ta. Edición. Mosby/Doyma. 2001
- 2) La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de la Posición de la OPS/OMS. 2007.
- 3) Atención Primaria de Salud. Promoviendo la Salud en las Américas. Disponible en: www.ops.org.gt/APS/APS.htm
- 4) Informe sobre la salud en el mundo. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index1.html> (marzo, 2018)
- 5) Atención Primaria de Salud en Paraguay. <http://www.mspbs.gov.py/planificacion/atencion-primaria-de-salud/> (abril, 2018)
- 6) Determinantes Sociales de la Salud. Pagina web OMS/OPS. http://www.who.int/social_determinants/es/ (abril, 2018)

CAPÍTULO XXXVIII

Atención Primaria de Salud y la Participación de la Comunidad

Dra. Fátima González

Con la Declaración de Alma – Ata sobre Atención Primaria de salud (1978), se marcó un hito histórico y se obtuvo como resultado principal el consenso que fundamenta los principios de salud y desarrollo internacional, dando apertura de esta manera a un mayor compromiso global, basado en nuevas tendencias en cuanto a pensamientos sobre la salud, los cuales incluían; el cambio gradual de lo que es Salud, reflejado esto en las variaciones de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), produciendo una mayor comprensión de las principales causas que producen daño a la salud, reconociendo la importancia de iniciativas en salud pública preventiva, además de involucrar al individuo asumiendo un papel protagónico en cuidar y mantener su salud propia y la de su entorno.

La Atención Primaria de Salud (APS), es una estrategia que busca el abordaje integral del proceso salud – enfermedad del individuo y su entorno social en las diferentes etapas de la vida. La APS provee servicios de salud, tomando en cuenta los determinantes sociales, acerca al Sistema de Salud de la familia en la comunidad, buscando el más alto nivel de salud posible, el cual esta basado a su vez en los valores y principios fundamentales; el respeto a los derechos humanos, la equidad, la justicia Social y la Participación Comunitaria.

Cuando hablamos de los valores y principios fundamentales definidos en la Política Nacional de Salud 2030 (Estrategia de la APS del MSP y BS, elaboradas en el 2015), tenemos que destacar como uno de los puntos clave, el Principio de Participación Social, que convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A partir de este punto, reconocemos que “todos somos parte” comprometida en el buen funcionamiento del sistema.

HISTORIA

Los orígenes de la Participación Comunitaria surgen a partir de Alma – Ata, como parte fundamental en la implementación de la APS, que promovía “la autonomía y la participación individual y comunitaria máximas en la planificación, en la organización, en la operación y en el control”, este concepto prosperó en los años posteriores.

La experiencia histórica revela que la participación comunitaria en materia de salud ha sido entendida de diversas formas:

- a) *La participación como beneficiario*, la forma más rudimentaria de interpretar la participación por parte de los organismos gubernamentales responsables de la salud en los distintos países, considera a las personas como simples receptoras o beneficiarias de la atención de salud.
- b) *La participación como contribución* a la promoción de la salud. Definida como el apoyo voluntario de la población a determinados programas y proyectos de desarrollo social establecidos por los servicios de salud o las autoridades locales.
- c) *La participación comunitaria*, que en general promueven los organismos multilaterales, interpreta la participación como la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social, teniendo como objetivos: la obtención de recursos de la comunidad, transmisión de conocimientos y capacitación de la población para que se transforme en un agente activo de su desarrollo.
- d) *La visión más moderna de participación en la salud reconoce a las personas como usuarios* y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos.

ASPECTOS CONCEPTUALES

Comunidad

Antes de analizar la participación de la comunidad, necesitamos aclarar lo que se quiere decir con comunidad. Para ello resulta adecuada la definición de la Organización Panamericana de la Salud, que considera a la comunidad como un “grupo reunido o disperso, de morada fija o migratoria, que presenta diversos grados y formas de organización y cohesión sociales. Sus miembros comparten, en distintos grados, características socioculturales, socioeconómicas y sociopolíticas, así como intereses, aspiraciones y problemas también comunes, incluidos los de la salud”.

Así, las comunidades pueden considerarse agrupaciones grandes o pequeñas, localizadas en zonas urbanas o rurales.

Podemos definirla también como un grupo humano residente en un área geográfica determinada, con valores, patrones culturales y problemas sociales comunes, y con conciencia de pertenencia, en la cual las personas interactúan más intensamente entre sí que en otro contexto similar.

Participación

El Diccionario de la Academia Española de la Lengua remite el término participación al verbo participar, entre cuyos significados señala el tomar o tener parte en algo, así como compartir con otras personas opiniones, ideas, etc.

Participación Comunitaria

La participación no es más que la integración de la comunidad en el proceso administrativo y al financiamiento de un servicio de salud, sea este de atención primaria o de otro tipo. Esta integración implica que

la comunidad participa en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles.

La participación supone la posibilidad de intervenir en el diseño de respuestas según las necesidades de la comunidad, tener poder de decisión sobre planes estratégicos y agendas políticas, y controlar la gestión pública para transparentar la administración de los recursos y asegurar la satisfacción de las necesidades. La participación permite a los ciudadanos convertirse en rectores de su propio bienestar, el de su familia y el de su comunidad, le permite elegir la manera en que quiere vivir, colocando al Estado como garante de los derechos y ejecutor de las acciones y planes que las personas consideren necesarios para asegurar su calidad de vida y salud.

El Grupo de Estudios de la OMS (1991), sugiere que la participación se interpreta en tres vías diferentes:

- **Participación como contribución:** donde la comunidad participa en determinados programas y proyectos mediante contribuciones de trabajo, dinero o materiales.
- **Participación como organización,** que implica la creación de estructuras apropiadas para facilitar la participación.
- **Participación como dotación de poder,** fortalecimiento o potenciación de grupos y comunidades, particularmente de aquellas que son pobres y marginalizadas, desarrollando el poder de toma de decisiones efectivas concernientes a los servicios de atención a la salud, ya sea teniendo voz y voto efectivos o teniendo el control sobre esos programas.

IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La participación comunitaria es fundamental para promover cambios en el modelo de atención, centrados en la persona, la familia y la comunidad.

Representa la aceptación de que las personas y las comunidades pueden involucrarse activamente en el proceso salud – enfermedad – atención, desde la detección de necesidades y elaboración de propuestas, hasta la ejecución y evaluación.

Su importancia radica sobre todo en que:

- Hace a los servicios más responsables de las necesidades de los usuarios.
- Ayuda a identificar de forma precisa las necesidades y prioridades de atención de la población.
- Contribuye al abaratamiento de los costos de los servicios o a un mejor rendimiento.
- Existe un aprovechamiento del “saber local” para una mejor administración de los recursos.
- Incrementan el entendimiento mutuo de la comunidad con el personal de salud y a la vez libera a esta de la dependencia con los profesionales.
- Desarrolla la autosuficiencia de la comunidad.

NIVELES DE ATENCIÓN

Si analizamos artículos publicados sobre el tema, podemos ver que la participación comunitaria en salud puede tener diferentes alcances, y en varios momentos es difícil diferenciar si la misma constituye un “medio” o un “fin”.

Directamente relacionada a la idea de los diferentes alcances de la participación comunitaria está la idea de los niveles o intensidades en las que puede instrumentarse esa participación. Al respecto citamos a M. J. Aguilar Idañes (Doctora en sociología, ciencias políticas y trabajadora social. España), que establece seis niveles posibles de participación, a modo de escala, de menor a mayor intensidad:

1. La participación como oferta/invitación. Es el grado o nivel más bajo, aunque en sentido estricto podría hablarse de una forma de pseudoparticipación, ya que lo que se pretende es que las personas tomen parte en decisiones ya tomadas “desde arriba” que se ofrecen a los que están “abajo”. Este tipo de participación impide la decisión sobre cuestiones sustanciales y mantiene intactas las relaciones de dependencia de unos con respecto a otros.

2. La participación como consulta. En este caso, los responsables de diseñar y ejecutar un programa consultan (cuando quieren) solicitando sugerencias o alentando a la gente a que exprese sus puntos de vista sobre lo que se va a hacer o se está haciendo. En este grado o nivel de participación podemos distinguir la consulta facultativa (solo se participa si así les parece a los responsables de la toma de decisiones), y la consulta obligatoria (cuando dentro del sistema u organización existen disposiciones que obligan a la consulta).

3. Una forma más participativa es la llamada participación por delegación, que puede darse en el interior de una organización (se delegan facultades de decisión), o bien delegando responsabilidades a las personas involucradas dentro de un programa que, en ciertos ámbitos o actividades, pueden tomar decisiones autónomamente. También esta modalidad se instrumenta cuando se tiene la posibilidad de integrar un órgano de decisión mediante la elección o el nombramiento de representantes.

4. Existe también la participación como influencia recomendación que se expresa a través de la posibilidad y capacidad de influir mediante propuestas acerca de lo que conviene hacer o presionando sobre los que en última instancia, tienen el poder de decisión.

5. Un mayor grado de participación es la co-gestión en donde se establecen mecanismos de codecisión y de colegialidad por los cuales la participación se transforma en algo institucionalizado y compartido.

6. Por último, el grado más alto de participación sería la autogestión. En este nivel cada uno interviene indirectamente en la toma de decisiones conforme a las líneas generales establecidas conjuntamente por todas las personas involucradas (ya sea en un programa o en una organización). Este nivel de participación implica también el

control operacional de todo cuanto se realiza. Se trata de “gestionar por uno mismo” (los miembros de la organización o los participantes de un programa), y “gestionar según las propias normas”, siempre que ello no afecte los legítimos intereses del conjunto de la sociedad.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN PARAGUAY

Debemos entender que la participación social en atención primaria de salud se interrelaciona con los siguientes elementos: reorganización del nivel central, descentralización, fortalecimiento de la capacidad administrativa (planificación, programación, coordinación, supervisión, observación y evaluación), ajuste de los mecanismos de financiación, desarrollo de un nuevo modelo de atención, la capacitación en salud, así como las investigaciones.

En Paraguay, por medio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y a través de la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES), y el Centro de Información y Recursos para el Desarrollo se llevó a cabo el Proyecto de Descentralización en Salud y Participación Comunitaria, se buscó con esto lograr la administración conjunta de las autoridades sanitarias, gobierno departamental, gobierno municipal y sociedad civil organizada (Consejo Regional y Local de Salud) en pos del cumplimiento de metas sanitarias y buscando sobre todo empoderar a la comunidad, involucrando por primera vez en el sector salud a representantes ciudadanos y gobiernos locales en la toma de decisiones y gestión directa de recursos. Este modelo se ha mantenido vigente desde hace 10 años a pesar de los cambios de gobierno a nivel nacional, departamental y municipal.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que las características sociales, culturales, económicas y políticas de la comunidad definen las posibilidades y formas de la participación, y que según la OMS:

- La Promoción de la Salud es el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.
- La Participación Comunitaria es el proceso por el que los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su salud y bienestar particular o colectivo, contribuyen a su desarrollo económico y comunitario, conocen mejor sus problemas y necesidades de salud y pueden ser agentes activos de su desarrollo social y sanitario.
- La Atención Primaria como el espacio adecuado para el desarrollo de la promoción de la salud y la participación comunitaria dentro de una concepción integral de esta.

Existen diferentes niveles de Participación Comunitaria en Atención Primaria de Salud, y todas ellas resultan beneficiosas mejorando la calidad y seguridad en los servicios.

BIBLIOGRAFIA

1. Martín-García, M., Ponte-Mittelbrun, C. and Sánchez-Bayle, M. 2006. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 20, pp.192-202.

2. Vos, P., Malaise, G., Perez, D., Lefevre, P., Stuyft, P. 2006. Participación y empoderamiento en la atención primaria en Salud: desde Alma Ata hasta la era de Globalización. [online] Medicina Social. Disponible en <http://socialmedicine.info/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/314/651>. [Acceso el 3 de enero. 2018].
3. Restrepo, O., Vega, R. 2009. Participación Social y comunitaria en Atención Primaria de Salud – APS. [online] Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 8 (16): 153-164, enero-junio de 2009. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/545/54514071009.pdf>. [Acceso el 3 de enero. 2018].
4. Hervas de la Torre, A. 2010. Participación comunitaria en salud y el trabajo social comunitario. Documentos de trabajo Social, Malaga. España. 50: 146-186.
5. Organización Panamericana de la Salud. 1990. Participación social. Washington DC. OPS. Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas locales de Salud.

CAPÍTULO XXXIX

Epidemiología y Atención Primaria de Salud

Dra. Miriam Riveros Ríos

Concepto: La epidemiología es, en la acepción más común, el “estudio de las epidemias” es decir, de las “enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado”

Su significado deriva del griego *Epi* (sobre) *Demos* (Pueblo) *Logos* (ciencia). Una definición técnica es la que propone que es “el estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas”

Es así como la primera definición corresponde a la conceptualización surgida en los albores de la epidemiología, cuando ésta centró su interés en el estudio de procesos infecciosos transmisibles (pestes) que afectaban grandes grupos humanos. Estas enfermedades, llamadas epidemias, resultaban en un gran número de muertes frente a las cuales, la medicina de aquella época no tenía nada efectivo que ofrecer.

La literatura científica reconoce en el Inglés John Snow al padre de la epidemiología. Snow, utilizando magistralmente el método científico, aportó importantes avances al conocimiento de la epidemia de cólera que, en aquella época, afectaba a la ciudad de Londres. Las acertadas conclusiones de Snow acerca de la etiología, forma de transmisión y control de la enfermedad se anticiparon a los progresos que en este sentido hicieron la microbiología, la infectología y la clínica.

Por tanto podemos definirla en términos amplios como: ***Ciencia que estudia la frecuencia, la distribución y las causas de una enfermedad.***

Es de mencionar que teniendo como base a la Atención Primaria de Salud que procura la prevención de las patologías, mediante intervenciones oportunas, dicha terminología no se limita al estudio de la enfermedad y salud de una población. En los últimos años, la aparición de nuevos métodos diagnósticos y de tratamiento han supuesto la aplicación del método y razonamiento epidemiológico al estudio de los determinantes y efectos de las decisiones clínicas y, en general, a la evaluación de los servicios de salud.

De acuerdo con estos conceptos, las aplicaciones de la epidemiología se pueden resumir en cuatro grandes grupos:

1. Analizar la situación de salud de una comunidad.
2. Investigar los factores de riesgo de una enfermedad.
3. Evaluar la eficacia de las intervenciones sanitarias.
4. Evaluar la utilidad de las pruebas diagnósticas.

Análisis de situación de salud

Una de las primeras actividades de cualquier equipo de Atención Primaria (EAP) es medir el estado de salud de su población. El EAP debe conocer cuáles son los principales problemas de salud de su comunidad y qué grupos de población son los más afectados, para definir las prioridades de actuación. La mayor parte de los estudios que abordan estos problemas son descriptivos, realizados a partir de estadísticas vitales y registros poblacionales.

Un ejemplo sería:

Cuadro 1.1

Evolución de los valores de la línea de pobreza total.



Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos. Principales indicadores de Pobreza 2016.

Medidas de frecuencia de una enfermedad

La forma más sencilla de expresar la frecuencia de una enfermedad es el número de personas que la padecen. La expresión de la frecuencia a través de un número es de gran utilidad en la planificación de las actividades sanitarias, ya que permitirá distribuir mejor los recursos y adecuarlos a las necesidades de la población.

Las medidas de frecuencia de una enfermedad más comúnmente utilizadas se encuadran en dos grandes categorías: la incidencia y la prevalencia.

Prevalencia

La prevalencia es la proporción de individuos de una población que tiene la enfermedad. Se estima a partir de los estudios transversales. Su cálculo parte de la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{N}^{\text{a}} \text{ de personas con la enfermedad}}{\text{Población total}}$$

La estimación de la prevalencia se lleva a cabo en un punto en el tiempo. Así pues, describe la situación en un momento determinado, no lo que ocurrirá en el futuro.

Ejemplos;

Características de edad y sexo, prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular, de IAM y de revascularización miocárdica (n = 6.384)

	Fumadores n (%)	Ex Fumadores n (%)	No Fumadores n (%)	P
	1.916 (30,0)	1.429 (22,4)	3.039 (47,6)	
Edad (años) *	41,2 ± 10	41,2 ± 10	38,7 ± 10	<0,00001
Sexo				
Masculino	1.183 (29,4)	1.046 (26,0)	1.791 (44,6)	
Femenino	732 (31,0)	354 (24,9)	306 (10,1)	<0,00001
HTA	277 (14,5)	732 (31,0)	732 (31,0)	<0,00001
Dislipidemia	363 (19,0)	417 (29,4)	444 (14,7)	<0,00001
Diabetes	42 (2,2)	52 (3,7)	43 (1,4)	<0,00001
Actividad física	734 (14,5)	716 (50,9)	1.287 (42,5)	<0,00001
IMC *				
< 25,	959 (50,8)	528 (37,4)	1.678 (56,0)	
25-29,9	715 (37,9)	642 (45,5)	1.057 (35,3)	
> 30	212 (11,2)	242 (17,1)	259 (8,7)	<0,00001
Antecedente familiar*	284 (15,2)	221 (15,9)	361 (12,2)	<0,0001
IAM	20 (1,1)	51 (3,6)	22 (0,7)	<0,00001
Angioplastia	20 (1,1)	49 (3,5)	14 (0,5)	<0,00001
CRM*	3 (0,2)	23 (1,7)	9 (0,3)	<0,00001

* X ± DE: Media ± desviación estandar.

* Hipertención arterial.

* Índice de masa corporal (kg/m²)

* Antecedente familiar de coronariopatía.

* Cirugía de revascularización.

Fuente: Rev. argent. cardirol. v.75 n.2 Buenos Aires mar./abr. 2007

Prevalencia de sobrepeso y obesidad.

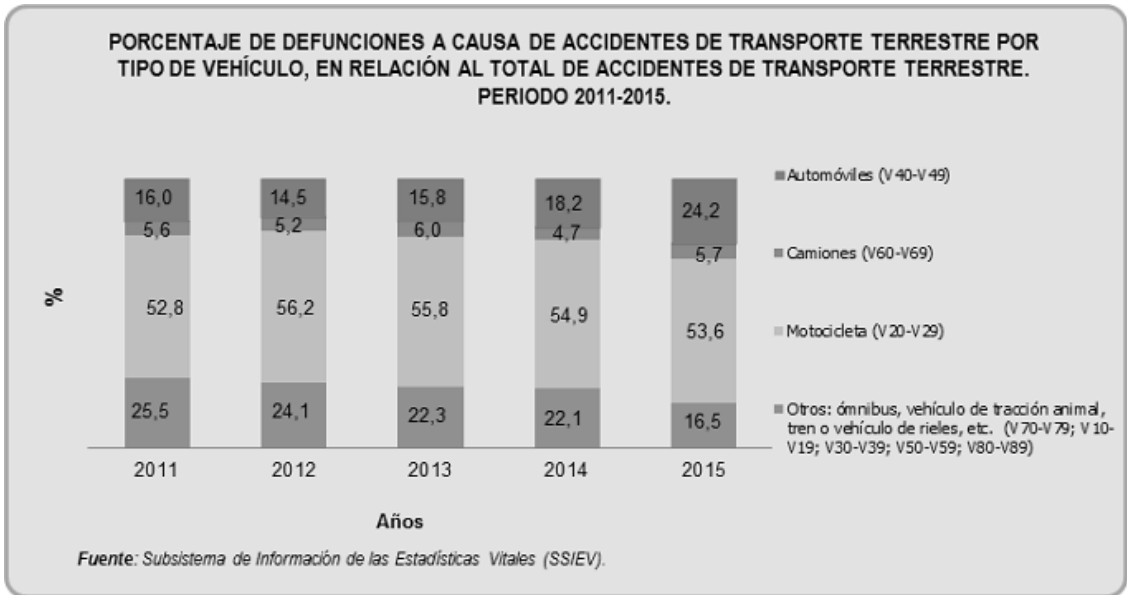
Incidencia

Se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población de riesgo durante un período de tiempo. Se calcula a partir de estudios prospectivos en los que existe un seguimiento de los individuos.

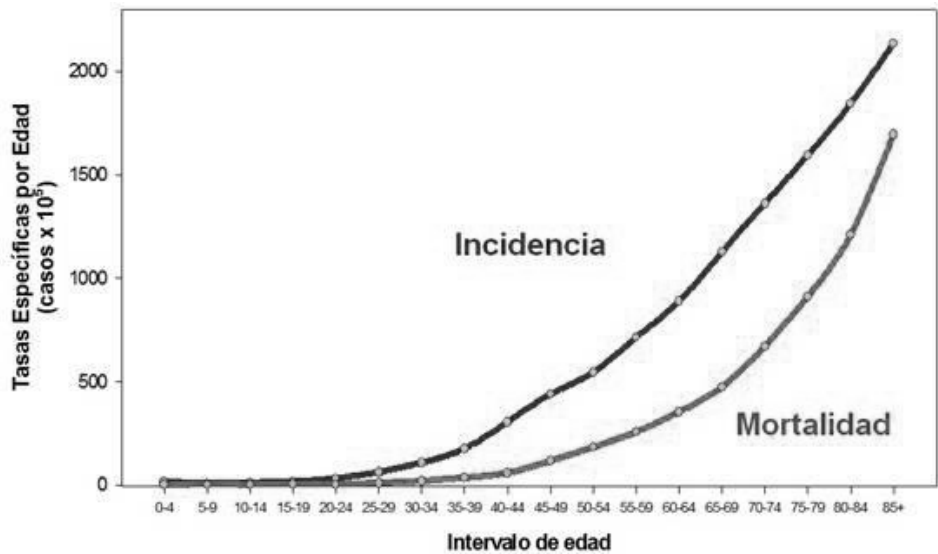
$$\text{Incidencia;} \frac{\text{Número de casos nuevos en un periodo de tiempo}}{\text{Total de la población de riesgo}}$$

Ejemplo; **Principales causas de mortalidad (2011-2015)**

Fuente MSPyBS



Número de incidencia y mortalidad por cáncer de mama en mujeres años 2017-MSPyBS



Tipos de estudios epidemiológicos descriptivos

La primera finalidad de estos estudios es medir la frecuencia de un problema de salud en una población y describirlo en función de sus características de persona como edad, sexo, clase social, ocupación, lugar o área geográfica y tiempo de aparición del proceso y su tendencia. Otra función de estos estudios es generar hipótesis, que deberán contrastarse posteriormente en estudios analíticos. Los estudios descriptivos pueden ser tanto transversales (p. ej., para estimar la prevalencia de una enfermedad) como longitudinales (p. ej., para estimar la incidencia de una enfermedad) o retrospectivos para evaluar la mortalidad y comparar con la incidencia actual.

Diseños Transversales

Los estudios de prevalencia son diseños transversales que, como su nombre indica, tienen como finalidad principal la estimación de la prevalencia de una enfermedad en una población determinada

Los estudios transversales también son útiles en el ámbito de la planificación de servicios sanitarios.

Cuando se instaura un programa con el ánimo de disminuir la prevalencia de una enfermedad o factor de riesgo, es muy útil medirla antes de iniciar el programa y un tiempo después de su implantación, para observar si ha existido algún cambio.

Diseños Longitudinales

Los estudios descriptivos longitudinales tienen como objetivo conocer la evolución de un fenómeno a lo largo del tiempo.

Están orientados a investigar problemas que no pueden abordarse con estudios transversales:

Estudiar la evolución natural de una enfermedad para conocer la estabilidad o el cambio de ciertas características.

Estimar la incidencia de una enfermedad en un grupo de sujetos o bien la supervivencia de un grupo de pacientes.

Evaluación de la eficacia de las intervenciones

La aparición en los últimos años de múltiples intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas hace necesaria su evaluación por parte de los profesionales sanitarios. Esta evaluación de la eficacia se realiza fundamentalmente mediante estudios experimentales.

Un estudio experimental se define por dos características. La primera es que el equipo investigador controla el factor de estudio, es decir, decide qué intervención (tratamiento, medida preventiva o exposición), a qué dosis y pauta, y durante cuánto tiempo, recibirá cada uno de los grupos del estudio. Es fundamental considerar los aspectos éticos, valorando los posibles riesgos que supone la intervención para los sujetos incluidos en el estudio, que en ningún caso han de ser superiores a los posibles beneficios derivados de la misma.

Evaluación de pruebas diagnósticas

La presencia o ausencia de la enfermedad se determina a partir de un criterio de referencia. Este criterio debe ser idealmente siempre positivo en los individuos con la enfermedad y negativo en aquellos que no la presentan.

Sensibilidad y especificidad

La sensibilidad responde a la pregunta: si un individuo tiene una enfermedad o factor de riesgo, ¿qué probabilidad existe de que el resultado de la medida que se le aplica sea positivo?

En otras palabras, la probabilidad de que una medida clasifique correctamente a un individuo como enfermo.

La especificidad responde a la pregunta: si un individuo no tiene la enfermedad o el factor de riesgo, ¿qué probabilidad existe de que el resultado obtenido sea negativo? Indica la probabilidad de que una medida clasifique correctamente a una persona en no enferma.

Ejemplos;

- La prueba de Papanicolaou tiene una sensibilidad que oscila entre el 74 y el 97,6% y una especificidad entre el 50 y el 91%
- La autoexploración mamaria es un método con baja sensibilidad de detección (26%) ; la especificidad es desconocida
- La sensibilidad de la mamografía es del 75% y la especificidad de un 98-99%.

Como ejemplo podemos usar esta tabla para evaluar si la prueba que deseamos aplicar carece o tiene las características que buscamos para calogar a una enfermedad en nuestros pacientes

	Enfermo	Sano	$S = VP / (VP + FN)$ $E = VN / (VN + FP)$ $VPP = VP / (VP + FP)$ $VPN = VN / (VN + FN)$ $CPP = S / (1 - E)$ $CPN = (1 - S) / E$ $IE = (VP + VN) / (VP + VN + FP + FN)$ $IY = S + E - 1$
Positivo	VP	FP	
Negativo	FN	VN	

S = sensibilidad; E = especificidad; VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo; CPP = cociente de probabilidad positivo; CPN = cociente de probabilidad negativo; IE = índice de exactitud; IY = índice de Youden.

Observando la imagen podemos inferir que la sensibilidad del estudio, está dado por un valor predictivo positivo en una persona enferma y el mismo estudio dará un resultado negativo en una persona sana, de allí las diversas fórmulas que podremos obtener de este simple cuadro

Al establecer un paralelismo entre las estrategias de intervención de la atención primaria y la epidemiología, se puede afirmar que ambas intervienen en:

- La modificación de hábitos y estilos de vida.
- La identificación y el control de factores medio ambientales generadores de problemas de salud.
- La identificación y la modificación de factores de riesgo.
- La promoción de conductas y de espacios saludables.

Este tronco común en el perfil de actuación de ambas disciplinas hace que se establezca un nexo indisoluble entre ellas. A partir de la definición de APS (asistencia ambulatoria basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptables

puestas al alcance de la comunidad con énfasis en los individuos, la familia y el ambiente. La APS debe lograr la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales a un costo sostenible con un sentido de auto responsabilidad y autodeterminación), y teniendo en cuenta el análisis de la definición de la epidemiología (estudio de la frecuencia y distribución de eventos de salud y sus determinantes en las poblaciones humanas y la aplicación de este estudio en la prevención y control de problemas de salud), esta disciplina brinda información para la planificación, la jerarquización y la prioridad de problemas, así como para la toma de decisiones. En ambas definiciones está implícito el enfoque epidemiológico, el cual considera la enfermedad de la población como un proceso dinámico, y sobre su dominio y aplicación los equipos de la APS reconocerán también cómo la enfermedad de la población no ocurre al azar, no se distribuye homogéneamente y tiene factores asociados y causales que la caracterizan.

Los puntos de coincidencia encontrados tanto en el perfil de actuación como en las definiciones son premisas para la acción, y de hecho, apropiarse de los métodos y herramientas de esta rama de las ciencias médicas es una necesidad para los equipos de APS y, en especial, para los médicos de la familia. De su profundo conocimiento y dominio dependerá, en gran medida, que esta estrategia pueda alcanzar sus objetivos supremos y cumplir sus misiones, tales como:

- Modificar el estado de salud de la población.
- Lograr eficiencia en las acciones.
- Alcanzar el mayor grado de efectividad.
- Brindar servicios de alta calidad.

En la APS son utilizados, al menos, 6 de los usos de la epidemiología:

1. **Vigilancia.** Esta observación dinámica y permanente permite que los equipos de APS preparen a la comunidad para realizar vigilancia activa y sistemática de eventos de salud, a la vez que se convierten ellos mismos en vigilantes de eventos adversos a la salud.
2. **Participación en el análisis de la situación de salud.** Es necesario que se considere como un proceso de investigación permanente mediante el cual no solo se identifican y se priorizan problemas y se diseñan intervenciones, sino que incluye la evaluación de los efectos de estas sobre el problema, y es tomado en cuenta para la planificación en salud.
3. **La investigación causal.** Se constituye en herramienta imprescindible para la acción y búsqueda de factores, causas y condiciones relacionados con los problemas identificados. Constituye un aspecto fundamental para lograr efectividad en las medidas aplicadas y es, de hecho, un elemento motivador de los recursos humanos y movilizador de recursos.
4. **La evaluación de programas.**
5. **La evaluación de servicios.**
6. **La evaluación de tecnología sanitaria.**

Los servicios, los programas y la aplicación de la tecnología sanitaria deben ser evaluados de manera que sea posible diseñar el efecto corrector necesario para emprender las nuevas intervenciones. De esta forma, el diseño de indicadores, estándares y metodologías que evalúen la ejecución de programas, así como el funcionamiento de los servicios de salud y validen las tecnologías sanitarias, adquieren una importancia sin límites para el fortalecimiento de la APS y la correcta interpretación de la situación de salud de la comunidad, sin lo cual no es posible modificar favorablemente el estado de salud de la población, a la vez que se utilizan racionalmente los recursos disponibles.

Tanto la epidemiología como la APS intervienen en diferentes niveles, y se consideran para este análisis 3 de ellos:

1. **Poblacional y comunitario**, donde se realizan acciones de promoción.
2. **Individual y en grupos**, para acciones de prevención y protección específica.
3. **Individual**, para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

No es posible la intervención efectiva en estos niveles sin la aplicación del método epidemiológico. La actuación en estos niveles de intervención tiene estrecha relación con los usos de la epidemiología en la APS; por ejemplo, para hacer acciones de promoción y prevención es necesaria la existencia de programas y de sistemas de vigilancia, contar con un análisis de situación de salud sobre el cual se estructuren las intervenciones y contar con capacidad suficiente para evaluar los servicios y programas, en particular su efectividad y eficacia, es decir, para cumplir con los objetivos del programa de atención integral a la familia es imprescindible el uso y la aplicación de la epidemiología.

La integración y la participación de las diferentes disciplinas en la estrategia de APS, y en particular de la epidemiología, gira alrededor del concepto integral de salud sobre el cual influyen procesos objetivos y subjetivos del desarrollo socioeconómico. Este nivel de análisis está contenido en la Declaración de Alma Ata y aparece explícitamente en el programa de trabajo del médico de familia

Bibliografía:

1. Del Puerto C, Ferrer H., Toledo G. Higiene y Epidemiología. Apuntes para la Historia. Editora Palacio de las Convenciones. Cuba; 2002.
2. Organización Panamericana de la Salud La Salud en las Américas. Publicación científica y técnica Vol I y II 2002. Washington DC; 2002:p.587.
3. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de epidemiología para el control de enfermedades. Segunda Ed. Serie Paltex. Washington DC; 2002.
4. Ministerio de Salud Pública. Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia. El policlínico y el hospital. Cuba; 1995.
5. Rico J. Neoliberalismo, salud pública y atención primaria. Las contradicciones en el paradigma de Salud para Todos. Conferencia. Colombia: Mayo; 1998.
6. Martínez S. Análisis de la situación de salud como instrumento de la política sanitaria cubana. Rev Cubana de Salud Pública

CAPÍTULO XL

Atención Primaria de Salud Renovada y Formación de Médicos con enfoque de APS

Dra. Hee Jung Kang

Atención Primaria de Salud Renovada

Después de la declaración de Alma Ata en septiembre de 1978 en una Conferencia Internacional organizada por la OMS/OPS y UNICEF, en donde se reconoce el sistema de la APS como la mejor estrategia para lograr “Salud para todos”, muchos países han adoptado a la APS como su sistema de salud.

Desde entonces, las experiencias positivas y negativas en los diferentes países han exigido una evaluación exhaustiva y análisis crítico sobre el funcionamiento y la eficacia de APS.

Existen suficientes estudios internacionales que demuestran los numerosos beneficios de APS. En la región de Américas se ha logrado progreso significativo en el área de salud mediante la implementación de APS. Según el informe de OPS, se ha reducido la mortalidad infantil (en casi un tercio), mortalidad por todas las causas (en un 25% en términos absolutos), mortalidad perinatal (en un 35%) y las muertes por enfermedades transmisibles y cardiovasculares (en un 25%) y ha aumentado la esperanza de vida (una media de seis años).

Pero a la par, siguen los desafíos importantes: enfermedades infecciosas como la tuberculosis y VIH/SIDA continúan en casi todos los países de la Región y siguen en aumento las enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes mellitus, obesidad y enfermedades cardiovasculares. Así también, traumatismos, violencias, problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas se han aumentado con los cambios económicos, sociales y culturales. La constante amenaza de desastres naturales y de infecciones emergentes son otros problemas que quedan pendientes para resolver. Además, aún persisten las brechas de inequidad en salud, situación de exclusión social de salud que se expresan con la cantidad de los habitantes sin seguro de salud, sin acceso permanente a servicios básicos de salud, sin acceso a agua potable y saneamiento, y entre otros problemas más.

Estos datos demuestran la eficacia de APS y a la vez, la necesidad de una reorientación con un enfoque renovado de la APS basado en la evidencia, para alcanzar la meta propuesta que es la atención universal, integral e integrada.

Por qué la Renovación ? (1)

OPS resume las razones que justifican la renovación de la APS :

- 1) Los nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir.
- 2) La necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS.
- 3) El desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS.
- 4) El reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.
- 5) El creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.
- 6) El enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los compromisos internacionales vinculados a objetivos de desarrollo, incluidos los presentes en la Declaración del Milenio (erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la educación primaria universal; promover la equidad de género y empoderar a las mujeres; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades; velar por la sostenibilidad ambiental y desarrollar una alianza mundial en pro del desarrollo)

La propuesta de la renovación de APS se inició con la resolución de CD44. En septiembre de 2003 se reunieron los Estados Miembros para debatir y aportar una serie de recomendaciones para fortalecer APS y la OPS/OMS aprobó la Resolución CD 44.R6 durante el 44º Consejo Directivo. Además instó a la OPS a :

- 1) Tener en cuenta los principios de la APS en las actividades de sus programas de cooperación técnica, en especial los relacionados con los objetivos de la Declaración del Milenio.
- 2) Evaluar diferentes sistemas basados en la APS.
- 3) Identificar y difundir las mejores prácticas.
- 4) Ayudar en la capacitación de los trabajadores de salud para la APS.
- 5) Apoyar modelos de APS definidos a nivel local.
- 6) Celebrar el 25º Aniversario de Alma Ata.
- 7) Organizar un proceso de trabajo con miras a definir las futuras orientaciones estratégicas y programáticas de la APS.

Propósitos de la Renovación según OPS (1):

“Revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes; afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles de salud para toda la población” *

Estrategias para renovar la Atención Primaria de Salud (1)

Completar la implementación de la APS garantizando el derecho de todos los ciudadanos a la salud y al acceso universal, promoviendo activamente la equidad en materia de salud y la mejora de los indicadores de salud y calidad de vida, tanto en términos absolutos como en su distribución.

- 1) Fortalecer la APS para afrontar los nuevos desafíos a través de la mejora de la satisfacción de los ciudadanos y de las comunidades con los servicios y los proveedores de salud, la mejora de la calidad de la atención y la gestión, y el fortalecimiento de las políticas, el entorno y las estructuras institucionales necesarias para lograr la realización plena de todas las funciones del sistema de salud.
- 2) Incorporar la APS en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano, mediante la articulación de la renovación de la APS con los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud, promoviendo las mejoras sostenibles de la participación comunitaria y la colaboración intersectorial e invirtiendo en el desarrollo de los recursos humanos.

Si bien existen propuestas de estrategias generales, cada país deberá encontrar y desarrollar su propia estrategia de renovación estableciendo las metas específicas a corto y largo plazo de acuerdo a sus necesidades, recursos, capacidades y circunstancias políticas, sin perder de la vista el fin, los principios y los enfoques de APS.

II) Formación de los médicos con enfoques de APS.

*** Recursos humanos del sistema APS**

Uno de los componentes esenciales del sistema de APS es el recurso humano.

Los profesionales que forman el equipo de APS deben poseer conocimientos y habilidades apropiadas y cualidades humanísticas para desempeñar las actividades en forma eficiente dentro de un ámbito ético, respetuoso y responsable. Esto requiere la capacitación integral continua de los recursos humanos con enfoque de APS.

Entre los diversos puntos tratados para la renovación de APS, el tema de los recursos humanos formó una de las claves. Los problemas comunes de recursos humanos, compartidos por casi todos los países que se han implementado el sistema de APS son :

- 1) Carencia de los profesionales capacitados para la cobertura universal.
- 2) Falta de motivación de los profesionales por comprensión deficiente sobre APS o por remuneración inadecuada o por otras razones.
- 3) Escaso desarrollo del trabajo en equipo.
- 4) Formación hospitalocéntrica con enfoque predominantemente biomédico de los personales de salud, tanto en la universidad como en los postgrados.

*** En busca del desarrollo de los recursos humanos**

En octubre de 2005 hubo VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, Toronto-Canadá, en donde se propone los siguientes desafíos:

- Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previs-

tos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.

- Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
- Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
- Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
- Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Ante las propuestas mencionadas, se han establecido 20 metas relacionados a recursos humanos en una Conferencia Sanitaria Panamericana del 2007 con el compromiso de cumplimiento para el periodo 2007-2015. Cabe mencionar algunas de ellas:

Meta 17: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la APS y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

Meta 18: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub-atendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

Es importante analizar y reflexionar sobre las informaciones mencionadas arriba ya que ellos reflejan los problemas fundamentales que contribuyen finalmente al éxito o fracaso de salud comunitaria. La formación de médicos con enfoque predominante biomédico, enfoque deficiente de prevención y promoción de salud a nivel individual, familiar y comunitario, falta de compromiso con la sociedad, tendencia de las subespecializaciones, prácticas médicas hospitalocéntricas y otros más, son desafíos importantes que hay que enfrentar.

Reorientar la formación hacia APS

El objetivo es que el egresado de la facultad de medicina tenga conocimientos, habilidades y cualidades suficientes con enfoques de APS: Un médico que conozca y actúe en los principales determinantes o indicadores de salud, que sepa trabajar en equipo, que brinde atención integral con enfoque biopsicosocial, que dé énfasis en la prevención y promoción de salud, que tenga excelente conocimiento para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes, que sea responsable, respetuoso y honesto con espíritu de servicio.

Para lograr dicho objetivo es necesario que haya una intervención en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Articulación entre los servicios de salud y la facultad de Medicina: La experiencia temprana y permanente en las comunidades va a servir a que los estudiantes de medicina adquieran conocimientos, habilidades y actitudes apropiadas ante las necesidades de un individuo y detrás de ello, de la familia y de la comunidad.

Ahora creo que es oportuno recordar la misión, visión y perfil del egresado de nuestra facultad.

Misión : Formar profesionales en ciencias de la salud en los niveles de grado y postgrado, innovadores, con liderazgo, capacidad de gestión y valores éticos; incluyendo una formación integral en las áreas científica, tecnológica y humanista, **con responsabilidad social y ambiental.**

Visión : Ser reconocida por su liderazgo y excelencia en programas académicos y científicos a nivel nacional e internacional. Modelo en formación de recursos humanos en ciencias de la salud orientados a una **asistencia integral** y de calidad, gestión eficiente e innovadora, valores éticos, **sensibilidad a la realidad social, con impacto constructivo en la sociedad y el medio ambiente.**

Perfil del Egresado de la Carrera de Medicina y Cirugía.

- El Médico egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción es un profesional con sólida formación disciplinar, científica y humanista; **que actúa con responsabilidad social** y sentido ético, **compromiso con el bienestar integral de la persona, familia y comunidad**, ejerciendo liderazgo en beneficio de la equidad y solidaridad sin ningún tipo de discriminación.
- Atiende y recupera en el continuo salud - enfermedad, a lo largo del ciclo vital, en acciones de protección y promoción de la salud, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con juicio crítico y razonamiento clínico incorporando a su práctica los avances tecnológicos en su disciplina.
- Se autoevalúa y actualiza continuamente.
- Gestiona servicios y acciones de salud e integra y lidera equipos multi e interdisciplinarios.
- Demuestra **actitud educadora en la red de salud y en la comunidad, respetando la vida y el medio ambiente.**
- Reflexiona sistemáticamente sobre sus prácticas con una perspectiva de mejora continua e innovación.
- Aplica el pensamiento científico para el análisis y la investigación de las situaciones en el ámbito de la salud.
- Se comunica efectivamente en diversos contextos socioculturales.

La misión, la visión y el perfil de egresado de nuestra facultad contempla muy bien sobre la formación integral de los estudiantes con enfoque de APS. Sin embargo, dicha teoría aún no se ha aplicado en la realidad en forma suficiente y adecuada. Ante esta situación, la “Innovación de Malla Curricular” de nuestra facultad se nos vino como

anillo al dedo para que hagamos el diagnóstico de la situación y planteemos estrategias eficaces que puedan mejorar los problemas, entre ellos, la formación integral con enfoque en la responsabilidad social. Nos queda como un desafío ejecutar apropiadamente los planes propuestos para alcanzar la meta de las universidades : Satisfacer las necesidades de la Sociedad.

Bibliografía

- La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de la Posición de la OPS/OMS. Washington, D.C. 2007. (1)
- Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26(2):176–83.
- Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 1 Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud : Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. OPS. 2008.
- La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS. Washington, D.C. OPS. 2007
- Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2009; 26(2):176–83.
- Caminos para acercar la formación de profesionales de salud a las necesidades de la atención primaria REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA Rio de Janeiro, v.25, nº 2, maio/ago. 2001
- Reglamento Interno de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de Asunción, aprobado por el honorable consejo directivo de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de Asunción mediante Resolución H.C.D. Nº 714/04 según Acta Nº 2415 en fecha 5 de Octubre del 2004. Disponible en: <http://www.med.una.py/>
- El perfil del egresado de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de Asunción, disponible en <http://www.med.una.py/LaFacultad.html>

CAPÍTULO XLI

Territorailización en Atención Primaria de Salud, Territorio Social

Dra. Fátima González

Uno de los elementos básicos de la Atención Primaria de Salud juntamente con la adscripción de los usuarios (definición de una población y un territorio), diagnóstico y planeación basada en una realidad local y la conformación de los equipos básicos de salud familiar, es la territorialización (mapeo y caracterización).

En el libro elaborado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Políticas Públicas para la Calidad de vida y Salud con Equidad, se presenta la filosofía de APS, donde se propone entre otras cosas; superar políticas o programas de focalización excluyentes que se oponen al principio de universalidad y la participación ciudadana desde los territorios sociales conformados alrededor de las Unidades de Salud de la familia, buscando articular los diferentes sectores de la sociedad. Deducimos entonces que la búsqueda de la universalidad de la salud depende de factores como la participación de la comunidad y la capacidad de *organización de los equipos sanitarios en territorios* buscando con esto la identificación de grupos prioritarios definidos, a partir de los cuales se pueda trabajar con mayor facilidad y eficiencia. Tenemos entonces que la territorialización es una de las herramientas más importantes, puestas a disposición del Equipo de Salud de la familia de la USF, que permitirá a los trabajadores de la salud desarrollar de una mejor manera sus labores cotidianas.

ASPECTOS CONCEPTUALES

Para entender este capítulo debemos definir algunos términos.

Territorio

Tomando la definición de la Real Academia Española, corresponde a un terreno (campo o esfera de acción).

Su concepto es amplio y diverso, y puede ser interpretado según distintos puntos de vista, pero la que mejor nos adentra en el tema es el concepto de *territorio como espacio físico dominado por una persona o grupo social*.

Territorio Social

Llamamos *territorio social al lugar donde vive y con el que se identifica la población*, donde se dan o no las condiciones para una vida digna. Espacio vivo, dinámico, cambiante que se construye y reconstruye permanentemente.

Es una construcción social que va más allá de un mero espacio físico, es el lugar donde la gente labra su historia, comparte no solo unidad geográfica, sino también unidad social y cultural. Está marcado por la condición en que viven las familias y las comunidades y por el modelo económico, social, cultural y político del país. No necesariamente coincide con la dimensión política administrativa de los municipios o con la división política reconocida oficialmente en el mapa actual del país, ya que son asignados a las USF considerando la accesibilidad geográfica a los servicios de salud de la población.

Cada territorio social debe tener en la medida de lo posible su nombre propio que lo identifique como tal y que debe surgir de un consenso entre los trabajadores del equipo sanitario y los pobladores.

Los territorios sociales son los espacios que posibilitan:

- La participación social en el diseño de estrategias y planes de desarrollo social.
- La puesta en marcha de acciones transectoriales (salud, educación, agua, saneamiento, alimento, vivienda, transporte, etc.) con el fin de proteger y generar calidad de vida y salud.
- La construcción de agendas sociales de calidad de vida y salud entre el Gobierno y la sociedad.
- La responsabilidad institucional sobre una determinada población permitiendo definir metas y resultados poblacionales.

Microterritorio

Se denomina de esa manera a las áreas dentro del territorio social asignado a cada Unidad de Salud Familiar donde los Agentes Comunitarios desarrollan actividades de promoción y prevención sanitaria.

Territorialización

Optando por una definición clásica; es la acción y efecto de territorializar, que significa; adscribir una competencia o una actitud, a un territorio determinado.

Podemos definirla como la herramienta de abordaje que permite ver y transformar una realidad creando nuevas capacidades, empoderamiento colectivo y sobre todo generando cambios para dar respuesta a las necesidades de la gente.

Es un proceso y a su vez una estrategia, cuyo objetivo es la reorganización estructural de toda el área asignada a un Equipo de Salud Familiar, con el propósito de facilitar la atención integral en salud, permitiendo además identificar, conocer y entender los problemas de las familias, por medio de censos, mapeo, entrevistas por las que podemos decir que conocemos a los sujetos, las relaciones de los mismos, los procesos propios de la comunidad, además de las características y los problemas que afectan la vida y la salud de las personas del territorio, buscando como último fin la distribución equitativa de los recursos. La territorialización concede la posibilidad de materializar la responsabilidad social y sanitaria de los equipos de salud de la familia, haciendo posible ordenar las acciones y planificar en base a las necesidades detectadas en el territorio.

CRITERIOS PARA LA TERRITORIALIZACIÓN

Estos criterios fueron establecidos en la Guía de Territorialización elaborado por la Dirección General de APS y el MSP y BS en el año 2013, los citamos a continuación:

- La unidad poblacional de 3.500 a 4.000 habitantes (500 a 700 familias) en zonas urbanas. En zonas rurales se debe considerar la extensión territorial y dispersión poblacional (puede tener menor cantidad de familias y personas en una vasta área).
- La unidad geográfica que corresponde al espacio territorial común de convivencia de la población.
- El sentido de pertenencia de la población con el espacio comunitario, identidad cultural, social e histórica.
- La existencia de redes interpersonales y sociales.
- La existencia de vínculos organizacionales que articulen a los pobladores del mismo territorio con espacios de encuentro comunitario (criterio no excluyente).
- Los límites territoriales serán acordados de manera participativa con la comunidad y de acuerdo con las condiciones geográficas y sociales de la zona, considerando accesibilidad geográfica, la presencia de servicios públicos (escuelas, saneamiento básico, medios de transporte, comunicación, luz eléctrica, etc.) y límites naturales existentes.

ASPECTOS GENERALES SOBRE TERRITORIALIZACIÓN

- 1- El trabajo en base a territorios busca impactar de manera equitativa en los determinantes sociales, es decir, responder a las necesidades de la gente actuando sobre todas las condiciones que generan fragilidad social.
- 2- Cada equipo de salud de la familia tendrá responsabilidad sanitaria y social sobre un determinado territorio social y su población. Las redes de atención en salud funcionarán en estos territorios sociales, donde se concretará la acción para responder a las necesidades locales a través de planes estratégicos y agendas políticas definidas de manera participativa.
- 3- Entendemos que la territorialización afecta las políticas públicas, generando lineamientos a partir del conocimiento y la comprensión de las diferencias y particularidades de cada lugar, esto implica modular, ajustar y acomodar las decisiones y las intervenciones.
- 4- Cuando hablamos de Territorialización en Poblaciones indígenas, hay que tener en cuenta que estas ya poseen un territorio propio delimitado, tienen sus propios líderes y cuentan con una organización social particular, que se debe respetar.
- 5- Pasos para la Territorialización:

1. Presentación	Presentar al equipo de salud y su modalidad de trabajo
2. Diagnóstico	Identificar la realidad del territorio
3. Entrevistas	Relevamiento de datos de la comunidad
4. Mapeo	<ul style="list-style-type: none"> - Delimitación del territorio - Censo de la población - Planificación y ejecución de intervenciones

Bibliografía

- 1- MSP y BS. Dirección General de APS. Guía de Territorialización. 1ra. Edición. Asunción. Paraguay. 2013.
- 2- MSP y BS. Dirección General de APS. Guía de Planificación Participativa. 1ra. Edición. Asunción. Paraguay. 2013.
- 3- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008
- 4- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Operativo Territorial. Bogotá. Colombia. 2014

Herramientas de Atención de Salud

Dra. Fátima González

La Atención Primaria de Salud constituye la puerta de entrada al Sistema de Salud, ordenando la atención en busca de una mayor racionalización de los recursos, permitiendo una atención integral y longitudinal del individuo en las diferentes etapas de su ciclo vital y además se pasa de un modo asistencialista y fragmentado a un modo promocional e integral, haciendo a la comunidad corresponsable del proceso.

El trabajo en la Atención Primaria de Salud se organiza a partir de las necesidades de la población que atienden, las soluciones que proporciona deben ir de acuerdo con las exigencias actuales, requieren de una Atención Integral, garantizando de esta manera una planificación adecuada. A partir de esta premisa podemos hablar del Equipo de Salud de la familia, como el brazo efector de la Atención Primaria de Salud y de los mecanismos para proporcionar una atención oportuna y de calidad a la población.

Equipo de Salud de la Familia (ESF)

Es el responsable del desarrollo de las estrategias de Atención Primaria de Salud, teniendo como asiento físico las Unidades de Salud de la Familia (USF), desarrolla acciones de carácter integral en las personas, las que sin ser ingresadas en instituciones, reciben los cuidados necesarios relativos a la salud en la propia comunidad donde viven sin apartarlas de su medio familiar, social y ambiental.

Las funciones de los ESF están establecidas en el Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia elaborado por el MSP y BS y la Dirección General de Atención Primaria de Salud, determinando que: *Los ESF deben conocer la realidad e identificar, junto a la comunidad y con la ayuda de los líderes formales e informales, los determinantes sociales de salud de la población; Dispensarizar a las personas, dar seguimiento a la dispensarización y además deben clasificar a las familias según su riesgo de Vulnerabilidad, para la planificación de actividades continuas y de esta forma garantizar el buen estado de salud de su población asignada.*

Unidad de Salud de la Familia

Es la estructura física en la que se desarrolla parte importante de la estrategia de la APS.

Puede ser clasificada en categorías:

- **USF Estándar:** con ubicación fija en la cual trabaja un ESF en un territorio social determinado, con una población adscrita entre

3500 a 5000 en zonas urbanas exceptuando zonas rurales de difícil acceso acorde a la densidad poblacional que representa.

- **USF Satélite:** dependiente de la USF Móvil, Estándar o Ampliada, debe articular sus actividades para la realización de Atención Planificada, dentro de sus funciones se encuentran: dar atención y realizar vigilancia y notificación.
- **USF Móvil:** no tiene un lugar fijo de atención, tiene responsabilidad sobre las comunidades con difícil acceso a un servicio de salud pública.
- **USF Estándar con Atención Móvil:** con ubicación fija y con poblaciones asignadas a ser cubiertas, llevando atención a la comunidad de manera planificada.
- **USF Ampliada:** brinda servicios asistenciales adicionales, por ejemplo: odontología, obstetricia.

Actividad de Consulta

Tiene como objetivo la evaluación integral de la persona y debe realizarse en condiciones adecuadas para la valoración correcta, centrando sus actividades no solo en tratamiento de morbilidades sino también en actividades de promoción y prevención.

La consulta puede variar según las necesidades observadas en el territorio, la época del año, circunstancias especiales (desastres naturales, epidemias) y puede ser realizada tanto en la USF como a nivel domiciliario y comunitario.

Actividad de Atención Domiciliaria

Amplia del concepto de consulta, ya que realiza la valoración integral de la persona, la familia y su entorno, así como las condiciones de medio ambiente, la vivienda, relaciones interpersonales y funcionalidad familiar. Comprende dos aspectos de suma importancia, que son la:

- Atención Integral a la familia (Vulnerabilidad)
- Atención Individual (Dispensarización)

VULNERABILIDAD:

Se refiere al riesgo de estar en pobreza, e incluye tanto a los núcleos hoy día pobres como aquellos que pueden serlo en el futuro. Es un concepto dinámico y más amplio que la pobreza, la atención integral a la familia permite identificar los riesgos y realizar intervenciones en el grupo familiar.

DISPENSARIZACIÓN:

Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas y la familia en una comunidad determinada, supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento, con la utilización del método clínico, epidemiológico y social, con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.

Esta evaluación posibilita clasificar al individuo en diferentes categorías que indican su estado de salud y permiten establecer conductas que deben seguirse en su atención, lo que no debe olvidarse es que la atención a cada paciente es de forma integral independientemente del grupo dispensarial en el que se sitúa. Estos grupos son:

Grupo I: Aparentemente Sano

Grupo II: Con Factores de Riesgo

Grupo III: Enfermo

Grupo IV: Con Deficiencia o Discapacidad

Inserción Comunitaria (Aty Guazu)

Es el encuentro organizado por la USF a fin de informar a la comunidad sobre los servicios a los que pueden acceder a través de la Unidad, fomentando la participación comunitaria para un trabajo proactivo en el cuidado de la salud de los pobladores de su territorio social.

Esta herramienta es de importancia para la presentación del ESF, para la identificación de los líderes de la comunidad, y en caso de que no los hubiera para la formación y empoderamiento de estos, buscando de esta manera articular acciones de promoción y prevención sanitaria.

Territorialización

Es un proceso y una herramienta de abordaje del ESF que permite ver y transformar una realidad creando nuevas capacidades, empoderamiento colectivo y sobre todo generando cambios para dar respuesta a las necesidades de la gente, asegurando la llegada a cada ciudadano/a, organizando los servicios de salud y permitiendo así un minucioso trabajo sobre las condiciones que determinan la salud y la enfermedad en los espacios de vida de la gente.

En conclusión, las herramientas de trabajo en la Atención Primaria de Salud han ido evolucionando paralelamente al desarrollo que ha tenido la propia estrategia, desde la conformación del Equipo de Salud de la Familia, las actividades de consulta en las USF y en la comunidad, la dispensarización, la territorialización son elementos que colaboran para la evaluación y el mejoramiento constante de los niveles de salud de la población.

Bibliografía

- 1) MSP y BS. Dirección General de APS. Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia. MSP y BS. Asunción. Paraguay. Febrero 2016.
- 2) REY-GAMERO, Andrea Catherine; ACOSTA-RAMÍREZ, Naydú. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. **Gerencia y Políticas de Salud**, [S.l.], v. 12, n. 25, dic. 2013. ISSN 1657-7027. Disponible en: <<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/7125/5642>>. Fecha de acceso: 23 abr. 2018
- 3) MSP y BS. Dirección General de APS. Guía de Territorialización. 1ra. Edición. Asunción. Paraguay. 2013.
- 4) Bursztyn I, Kushnir R, Giovanella L, y colaboradores. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. Rev. salud pública. 12 (1): 77-88, 2010.

CAPÍTULO XLIII

Investigación en Medicina Familiar y APS

Dr. Andrés Szwako

Introducción

Si bien los médicos de familia son, consumidores obligados de información que proviene de diferentes ámbitos, la mayoría de ellos dominados por las especialidades verticales clínicas y quirúrgicas tradicionales, es interesante revisar los motivos por los cuales resulta tan difícil generar evidencia primaria desde esta especialidad. Es claro que la investigación no parece ser un campo desplegado aún en países donde el modelo de atención médica está orientado con la atención primaria. En efecto, un reciente informe del Reino Unido reporta que sólo 1 de cada 225 médicos de familia realiza actividades académicas versus 1 de cada 16 especialistas hospitalarios. A esta altura, resulta estéril plantear si la medicina familiar debe incluir la investigación como uno de los objetos centrales de su práctica. Si el propósito último es mejorar la salud de los pacientes, desde luego que la investigación debe ser parte integral de la misma. Sin embargo, la investigación en los ámbitos académicos de la medicina familiar recibe una ponderación e interés que no coincide con la realidad de las publicaciones, casi como el discurso vacío de muchos políticos de Latino América respecto a la atención primaria, que luego no se traduce en cambios de modelo y asignación presupuestaria.

La investigación en Medicina Familiar

Para que la investigación sea relevante a los clínicos que trabajan en atención primaria, los hallazgos tienen que ser nuevos, importantes y con potencial para cambiar la práctica clínica y los desenlaces. Por eso, la investigación de procesos como la entrevista clínica o los cuidados integrales centrados en el paciente, si bien son relevantes y parte de la esencia de la práctica del médico de familia, resultan también más complejos para demostrar que estos aspectos modifican los resultados en los pacientes.

Pero, además, los médicos de familia en Latinoamérica tienen un doble obstáculo para realizar investigación, que no sólo tiene que ver con las dificultades que comparten con los médicos de familia de otras latitudes, incluidos los países desarrollados, sino que cargan también con las dificultades que impone la creciente brecha norte-sur entre países desarrollados y en desarrollo.

Cuando uno revisa las publicaciones médicas más destacadas, nota que el lugar de origen de la mayoría de los trabajos proviene de países anglosajones. En todos ellos existe, en mayor o menor medida, una

cultura de investigación originada en diferentes sistemas de educación y sustentada por presupuestos dedicados de agencias de investigación gubernamentales, u otros entes oficiales públicos o privados. En los países latinoamericanos existen pocos organismos que sustenten actividades de investigación clínica y en salud pública, y que permitan estimular su crecimiento.

Es menester comprender que hacer investigación clínica no se refiere exclusivamente a estudios multicéntricos complejos o ensayos clínicos controlados. La investigación en la práctica general requiere abordajes multimétodos que incluyan técnicas cualitativas, estudios epidemiológicos descriptivos, observacionales y experimentales, así como revisiones sistemáticas y metanálisis que permitan sintetizar la información e identificar las brechas de conocimiento de la práctica. El primer paso, antes de investigar cualquier hipótesis, es planificar estudios descriptivos que brinden información útil y práctica para conocer las distintas realidades en las que se trabaja. En la mayoría de los casos, este tipo de estudios tiene presupuestos modestos y solo requieren una correcta aplicación de la metodología y la disponibilidad de datos de buena calidad.

En febrero del años 2008, Wonca Iberoamericana llevó a cabo en Cali, Colombia, su primera reunión de investigación en medicina familiar de la región. En dicha reunión se sentaron las bases para la creación de la Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar (RED IBI-MEFA), cuyo propósito es el de impulsar la investigación en el ámbito de la medicina familiar en la región. Finalmente, en noviembre de 2011, en el marco de la cuarta Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, organizada por Wonca Iberoamericana-CIMF, realizada en Asunción, Paraguay, se hicieron recomendaciones destinadas a los tomadores de decisión, la academia y las organizaciones de la sociedad civil para promover la investigación en la formación y la práctica de la medicina familiar.

Investigación en Medicina Familiar en Paraguay

En un estudio de las actitudes sobre la investigación en Paraguay, se vio que las competencias en investigación han sido reconocidas como parte esencial de la educación médica en el postgrado. Del total de participantes, sólo 7 (35%) participaron en algún proyecto de investigación durante la residencia, principalmente, en estudios descriptivos (30%) y reportes de casos (15%). El 60% respondió que en la residencia no desarrollaban un programa específico de formación en investigación, aunque la mayoría estuvo de acuerdo con que la investigación es esencial para el desarrollo de una carrera académica (95%), que mejora la atención sanitaria del paciente (75%) y que su estudio debe ser obligatorio en el currículo académico (70%). Los médicos residentes paraguayos presentan actitudes positivas y reconocen la importancia de la investigación, no obstante, sólo el 35% ha realizado investigaciones durante su programa de residencia, siendo el principal desafío al que se enfrentan, la falta de tiempo protegido.

Investigación en Medicina Familiar en Iberoamerica

En una Aunque los países Iberoamericanos que integran Wonca Iberoamericana-CIMF han mantenido una baja inversión en investigación en los últimos años por parte de sus gobiernos (la mayor parte de América Latina mantiene una inversión inferior al 1% del PIB), resulta evidente el incremento en el número de los investigadores y publicaciones (libros y revistas), en MF y APS en los últimos 10 años.

- Es determinante la falta de incentivos en la mayor parte de los países de Iberoamerica para desarrollar investigación de alto impacto, por lo que resulta fundamental establecer las líneas estratégicas necesarias para generar instancias financiadoras en el ámbito nacional e internacional por parte de Wonca Iberoamericana-CIMF.
- Es necesario fortalecer las redes de investigadores, profesores, instituciones y órganos de difusión, encargados de la generación y divulgación de los conocimientos de medicina familiar en la región. Existen 15 revistas especializadas en Medicina Familiar en Iberoamérica, de ellas sólo una tiene factor de impacto (Atención Primaria), y son dos las que tienen el mayor diferimiento para publicar, Atención Primaria de España y La Revista Cubana de MGI, no obstante, existen otras 7 revistas indizadas en las que también se puede publicar con mayor celeridad.
- Es importante recordar que no podremos jamás prestigiar una revista en idioma español, si no se publican en ella trabajos de calidad. El acervo de libros especializados en medicina familiar en los últimos cinco años es muy importante (40 libros), sin embargo, es necesario incrementar los mecanismos de difusión, ya que existe un gran desconocimiento por parte de los países miembros de la riqueza que posee la región.
- Resulta indispensable fortalecer las competencias en investigación y redacción de escritos médicos de los médicos familiares, tanto a nivel de los programas de formación de las instituciones educativas y de salud, así como de las propias organizaciones de médicos de familia.

Líneas de investigación más frecuentes en Medicina Familiar en Iberoamerica

Las líneas de investigación más frecuentes en los grupos de investigadores en Medicina Familiar son, según Fernandez MA y colaboradores:

- Enfermedades crónico degenerativas (DM, HTA, IRC).
- Organización de servicios de salud.
- Evaluación de servicios de salud
- Salud familiar
- Salud comunitaria
- Determinantes sociales
- Educación
- Adulto mayor
- Salud Sexual y Reproductiva a través del Ciclo Vital

Los principales problemas por los que los médicos familiares no publican:

1. Falta de formación en metodología de investigación y en redacción científica
2. Falta de tiempo para realizar investigación, el trabajo asistencial es muy demandante
3. Falta de incentivos
4. Falta de financiamiento a la investigación
5. Falta de apoyo institucional

Otras causas fueron: desinterés, número reducido de revistas indexadas, falta de estímulos docentes para investigar en las universidades, entre otras.

Bibliografía:

- Adolfo Rubinstein, MD, PhD. Investigación en la práctica de la medicina familiar: ¿una causa perdida o un desafío pendiente? Colombia Médica Vol. 43 N° 1, 2012 (Enero-Marzo) © 2012 Universidad del Valle, Facultad de Salud
- Torales J, Barrios I, Camacho C, Szwako A, Samudio A, Samudio M, Aquino S. Actitudes y desafíos percibidos de médicos residentes de medicina familiar hacia la investigación: un estudio piloto de Paraguay, 2016 Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(3): 107-114
- Fernández MA, Rojas G, Irigoyen A, Roo JB. Producción y difusión del conocimiento en Medicina Familiar en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 1):71-87. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(1\)1280](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1280)

CAPÍTULO XLIV

Adicciones frecuentes en Atención Primaria

Dra. Hee Jung Kang

I) DROGADICCION

Introducción:

La drogadicción es uno de los problemas serios a nivel mundial debido al impacto destructivo que genera no solo en la salud física y psicológica de un individuo sino también en el ámbito económico y social.

Los consumidores crónicos de las sustancias ilícitas tienen dificultades para realizar actividades diarias debido a los efectos dañinos que producen las drogas. A nivel social, los drogadictos experimentan relaciones familiares desagradables y penosas, pérdida de trabajos, y en caso de ser estudiantes, mal rendimiento académico y/o abandono del estudio, y hasta pueden cometer actos criminales generando un problema nocivo en la sociedad.

La alarmante realidad de la drogadicción obliga a que los profesionales de salud estén capacitados para la prevención, la detección precoz, el manejo pertinente y la derivación oportuna a los especialistas si fuese necesario.

*Definiciones:

-Abuso: es el uso no médico y no ocasional de las drogas, acompañado de compulsión. (1)

-Tolerancia: es un fenómeno farmacológico que consiste en la pérdida progresiva de los efectos de una droga ante su uso reiterado en el tiempo, lo que obliga a incrementar las dosis para recuperar el efecto inicial. (2)

-Dependencia Psíquica: Implica la vivencia por parte del consumidor, de necesitar la administración de una sustancia para mantener su integridad. La no administración no produce alteración en el cuerpo anatómofisiológico, pero si una gran ansiedad. (1)

-Dependencia Física: Es un estado caracterizado por la necesidad inevitable de administrarse una droga para mantener un funcionamiento orgánico relativamente normales. Existen cambios bioquímicos y fisiológicos a nivel celular en diversos tejidos y sistemas orgánicos. La dependencia física se desarrolla después de la administración crónica de drogas adictivas.

-Drogadicción: es una enfermedad crónica que afecta principalmente al sistema nervioso central (cerebro) y se caracteriza por el consumo compulsivo de drogas a pesar de conocer las consecuencias negativas que producen en el individuo y su entorno.

-Adicto: es un paciente acostumbrado al uso habitual y excesivo de una sustancia química, autoadministrada indiscriminadamente, siendo incapaz de liberarse por sí mismo de dicha dependencia perjudicial para su salud. (2)

-Sx de Abstinencia: conjunto de signos y síntomas que se manifiestan ante la suspensión de una droga que ha consumido crónicamente. Las manifestaciones clínicas dependen de tipo de drogas consumidas.

-Opio: es una resina que se obtiene de los frutos de la planta adormidera (*papaver somniferum*), cuya sustancia principal es la morfina y otros derivados son la codeína, la papaverina y la noscapina. (3)

-Opiáceos: se refiere a los productos obtenidos del opio y, por extensión, a los productos derivados de la morfina.(3)

-Opioide : es el conjunto de sustancias endógenas o exógenas con afinidad por receptores opioides y que interactúan con ellos de manera específica.(3)

***Epidemiología:**

-Según el “Informe Mundial sobre las drogas 2017” de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, aproximadamente unos 250 millones de personas, alrededor del 5% de la población adulta mundial (entre 15 y 64 años de edad), consumieron drogas por lo menos una vez en 2015 y unos 29,5 millones de esos consumidores, el 0,6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas.(4)

-Cabe señalar algunos datos epidemiológicos sobre el consumo de drogas ilegales:

- La marihuana es la droga ilegal de mayor consumo a nivel mundial.
- El consumo de las drogas es más frecuente en los hombres que en las mujeres.
- Entre las drogas ilícitas, la heroína y otros opioides son los que causan mayor daño en la salud del individuo.
- La administración de la droga ilegal por inyecciones está asociado al riesgo de contraer infecciones por VIH y Hepatitis C.

-El “Informe Europeo sobre drogas: Tendencias y novedades 2017” del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías refiere que la cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa.(5)

***Factores de Riesgo para la drogadicción.**

-Biopsicológicos: susceptibilidad genética, la presencia de enfermedades psiquiátricas, trastornos de personalidad, autoestima baja.

-Medioambientales:

- a) Familia: Presencia de adicto/s en el hogar, familia disfuncional, violencia intrafamiliar, entre otros.
- b) Compañeros y/o amigos: Presencia de consumidor/es de drogas, mal rendimiento académico, mal comportamiento.
- c) Actitudes y condiciones comunitarias.

-La edad de inicio del consumo: cuanto más temprano sea la edad de primer consumo, hay mayor probabilidad de volverse drogadicto.

-Vía de administración de la droga: ciertas vías de administración, por ejemplo, vía endovenosa o inhalatoria, produce una sensación de placer intensa e inmediata pero de corta duración y genera un fuerte deseo de consumir la siguiente dosis.

***Clasificación de las drogas.**

-Desde el punto de vista legal, las drogas pueden ser agrupados en dos grupos: Legales e ilegales.

a) Drogas Legales: son drogas que su uso está permitido por la ley, como Alcohol, tabaco, anabólicos y los fármacos de prescripción médica.

b) Drogas Ilegales: Son drogas cuyo consumo está prohibido por la ley, como marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, etc.

La clasificación que se menciona abajo corresponde a las drogas ilegales.

Cabe aclarar que la morfina y la codeína están permitidos para el uso médico, sobre todo, como analgésico (morfina y codeína) y antitusígeno (codeína).

-Según su origen:

- a) **Naturales:** Morfina, Codeína.
- b) **Semi sintéticos:** Heroína, Dihidrocodeína.
- c) **Sintéticos:** Metadona, Petidina.

-Según sus efectos sobre el SNC:

- a) **Estimulantes:** Marihuana, Cocaína, Crack, MDMA (Éxtasis).
- b) **Depresores:** Morfina, Heroína, Codeína.

II) TABAQUISMO

Introducción

El tabaquismo es la primera causa prevenible de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Es una droga legal con cierta restricción para los menores de edad y constituye un problema grave de salud pública con consecuencias dañinas en los diferentes sectores de un país, como en el ámbito sanitario, ambiental, social y económico.

El consumo crónico puede causar múltiples enfermedades afectando a varios aparatos y sistemas, sobre, todo a nivel cardiovascular, respiratorio y del sistema nervioso, y está asociado con el gasto enorme para

el manejo, ocasionando empobrecimiento de los individuos y un costo elevado para el sistema de salud.

Otro aspecto preocupante es la tendencia actual del aumento de consumo de tabaco entre los adolescentes y jóvenes, población en donde el desarrollo del cerebro sigue en marcha, la toma de decisiones juiciosas está limitada y la curiosidad de probar algo nuevo por la invitación o presión de sus amigos o compañeros se encuentra en su auge. Estas condiciones favorecen a que el adolescente caiga fácilmente en el consumo de tabaco y a que se abra la puerta para otro tipo de droga, sea legal (alcohol) o ilegal (marihuana, cocaína, etc).

Para los diferentes especialistas que están involucrados en el manejo pertinente de esta enfermedad, el tabaquismo es un reto verdadero en cuanto al abordaje terapéutico, la rehabilitación, la prevención, la planificación y la acción del saneamiento ambiental y de la economía.

***Fumador Pasivo :**

Es la persona que no fuma, pero que inhala el humo de tabaco ambiental.

El humo de tabaco ambiental en un lugar cerrado persiste por más de 15 días aunque se use algún método de ventilación, como abrir las ventanas, colocar sistema de ventilación, etc. Esto significa que si se fuma en un ambiente determinado, las personas que habitan en dicho lugar estarían inhalando las sustancias tóxicas hasta que transcurra el periodo mencionado.

*Efectos del tabaquismo pasivo en distintos grupos poblacionales.

Niños:

- Los niños <1 año de padres fumadores tienen 2-5 veces aumentado el riesgo de muerte súbita del lactante.
- El riesgo de padecer asma aumenta hasta un 40% y, en niños asmáticos, aumenta la frecuencia de las crisis.
- Los cuadros de vías aéreas superiores y de infecciones respiratorias, como la neumonía y la otitis, aumentan un 70%

Adultos:

- El riesgo de padecer cáncer de pulmón aumenta un 25%
- El riesgo de enfermedad cardiovascular aumenta un 30%
- El riesgo de desarrollar asma se ve aumentado y se incrementa la frecuencia de crisis asmática en los asmáticos.
- El riesgo de enfermedades crónicas respiratorias con síntomas, como tos, catarro y fatiga, aumenta en forma significativa.
- Los síntomas irritativos, como picazón de ojos, ardor de garganta, estornudos y congestión, también se ven aumentados.

Mujeres

- Aumenta el riesgo de cáncer de mama, con un incremento de riesgo de 40 a 70%, en particular, en las mujeres expuestas al humo de tabaco en edades tempranas.

- Existe una mayor incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres expuestas, respecto de aquellas que no lo están.
- Las embarazadas expuestas al humo de tabaco tienen mayor riesgo de padecer complicaciones, como parto prematuro y recién nacidos con bajo peso.

***Epidemiología:**

- La Agencia Nacional de Noticias (Télam) de Argentina publicó el 12 de Enero de 2017 la información comprobada de 2016 sobre el tabaquismo, anunciando que a nivel mundial, hay 1100 millones de fumadores de tabaco de 15 años o más, y cerca del 80% de ellos residen en los países de ingresos bajos y medianos. También refirió que “actualmente, alrededor de 6 millos de personas mueren anualmente como consecuencia del consumo de tabaco, y la mayoría viven en países en desarrollo”.
- El Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria comenta que en Latinoamérica, más de 13% de todas las muertes en mayores de 35 años son atribuibles al tabaquismo.
- Según el informe del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP-BS) de nuestro país, datos correspondientes al año 2015, en Paraguay:
 - 9 personas mueren por día a causa del tabaquismo.
 - 1,5 billones de guaraníes son gastados cada año para tratar enfermedades causadas por el consumo de cigarrillos
 - 12,2% de todas las muertes pueden ser atribuidas al consumo de tabaco.
 - Se estima que el 11 a 22 por ciento de las mujeres y el 22 a 26% de los hombres son fumadores.
- En el año 2014, el MSP-BS realizó una Encuesta Nacional del Consumo de Tabaco en Jóvenes de entre 13 y 15 años, con la ayuda del Centro de Control de Enfermedades de los EEUU, a través del Programa de Enfermedades Respiratorias Crónicas. Se encuestaron a más de 50 escuelas a nivel nacional, alcanzando a más de 6,000 jóvenes y obtuvieron los siguientes resultados:
 - La prevalencia de jóvenes fumadores es de 5,8% (5,9% en hombres y 5,7% en mujeres).
 - El 21,9% de los jóvenes están expuestos al humo del tabaco en casa.
 - El 27,9% de los jóvenes refirieron tener una exposición en otros lugares públicos cerrados.
- En Argentina, la ‘Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina’ (SEDRONAR) y la ‘Presidencia de la Nación’ lanzó un informe interesante con el título “Resumen de los Resultados del Estudio 2017 de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Población de 12 a 65 años” en donde comenta que la prevalencia del consumo de tabaco en la población de 12 a 17 años aumentó de 7,9% (año 2010) a 11, 6% (año 2017).

***Consecuencias**

El consumo de tabaco es nocivo para la salud y se asocia con las siguientes patologías y trastornos:

- Cáncer : de pulmón, laringe, faringe y cavidad oral, esófago, estómago, páncreas, vejiga, riñón, mama, cuello uterino, leucemia mieloide aguda.
- Aparato cardiovascular: enfermedad coronaria, aneurisma de la aorta, aterosclerosis subclínica.
- Aparato Respiratorio: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), reducción de la función pulmonar, asma.
- Aparato Digestivo : Ulcera péptica.
- Sistema Reprodutor : Parto prematuro, placenta previa, desprendimiento placentario, disminución de la fertilidad.
- * Hijos de madres fumadoras durante el embarazo: bajo peso al nacer, Síndrome de muerte súbita del lactante.
- Trastornos Psiquiátricos: depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia. (adicción)
- Adicción : la nicotina es una sustancia psicoactiva, responsable de la adicción. Se absorbe rápidamente por vía inhalatoria y se concentra en el cerebro en gran cantidad. Activa los receptores nicotínicos de la acetilcolina por su estructura similar a ella y causa la liberación de los neurotransmisores como acetilcolina, noradrenalina, dopamina y serotonina, produciendo la sensación placentera y disminución de la tensión y ansiedad.

La administración crónica de nicotina genera mecanismos moleculares de adaptación que favorece el desarrollo de la tolerancia y la dependencia.

La adicción se manifiesta por la búsqueda y el consumo compulsivo del tabaco a pesar de conocer las consecuencias destructivas.

-El Síndrome de Abstinencia se caracteriza por : insidia (desesperación por fumar), alteración cognitiva, déficit de atención, irritabilidad, inquietud, ansiedad, trastorno del sueño (insomnio) y aumento de apetito.

***Tratamiento:**

La mejor estrategia es combinar terapia farmacológica y conductual. Existe una gama de intervenciones efectivas para la cesación del tabaco : materiales de autoayuda, consejo breve, intervención breve e intervención intensiva, de los cuales los dos últimos resultan ser más efectivas.

-Intervención Breve: es de corta duración, sencilla y práctica, cuyo objetivo fundamental es ayudar a reflexionar al consumidor sobre su estado de fumador. Consiste en un mínimo de 4 consultas, cada una de ellas con la duración de 5 a 10 minutos en promedio.

La guía de práctica clínica elaborada por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de EEUU recomienda adoptar un enfoque de 5 pasos, conocido como las 5 "A" : Averiguar, Aconsejar, Analizar, Asistir y Acordar.

Averiguar: Se debe indagar la frecuencia de uso, los productos usados, el grado de dependencia nicotínica, la historia de intentos de

cese previos (incluyendo los métodos usados y su efectividad) y la disposición del fumador para cesar. En aquellos individuos quienes no usan productos del tabaco, se debe preguntar por la exposición a humo de segunda mano.

Aconsejar: De manera fuerte, clara y personalizada se debe alentar a todo fumador a dejar el cigarrillo. Aunque no todo paciente al que se aconseje dejar de fumar está preparado para considerar el cese, hay evidencia clara de que una intervención de consejería breve para dejar de fumar por parte del médico en cada cita puede incrementar las tasas de abstinencia.

Analizar: Posterior al consejo, el clínico debe evaluar la voluntad del paciente para realizar una intento de cese. Los fumadores difieren en su disposición para dejar de fumar, y entender la perspectiva del fumador es esencial para proveer asistencia útil. Las etapas de cambio fueron desarrolladas para describir el proceso por el cual el cambio en la conducta ocurre. Se identifican 5 etapas por las cuales los fumadores progresan del fumado a la abstinencia: precontemplación (no listo para el cese), contemplación (considerando un intento de cese), preparación (planea activamente el cese), acción (activamente envuelto en el intento de cese) y mantenimiento (logró el cese).

Asistir: Cuando el paciente está motivado para dejar de fumar, se les debe proveer acceso a los recursos apropiados que puedan ayudarlo en el proceso. Se debe indagar sobre las experiencias previas en intentos de cese, los métodos que fueron utilizados y el grado de éxito alcanzado, lo cual es importante para poder guiar las recomendaciones para el próximo intento de cese. El médico también debe asesorar al paciente a anticipar las barreras que le impidan cesar y aprender a manejarlas.

Acordar: Una cita de seguimiento debe ser programada una semana después de la fecha del cese, y de manera regular en los primeros tres meses y luego más distante hasta por un mínimo de 6 meses e idealmente un año. Puntos importantes que se deben cubrir incluyen dar reforzamiento positivo al paciente por haber logrado el cese y alentarlo a continuar en abstinencia, identificar los problemas que ha encontrado en el proceso y anticipar retos que estén por venir, evaluar el uso de la medicación, problemas y eficacia, y recordar al paciente las otras fuentes de apoyo disponibles.

-Farmacoterapia: Ayuda a disminuir los síntomas de Síndrome de Abstinencia facilitando que el fumador se desprenda del cigarrillo. Abarcan :

- El tratamiento de remplazo nicotínico (TRN):
 - De Acción Prolongada: parche de nicotina.
 - De Acción Corta: chicles, caramelo inhalador, spray nasal.
- Vareniclina
- Bupropión.

***Estrategias de la OMS para luchar contra el tabaquismo.**

“La OMS aprobó por unanimidad en 2003 el Convenio Marco para el Control del Tabaco, que sustenta el marco legal internacional para el manejo de este problema y constituye una solución efectiva y de bajo costo para reducir las enfermedades, muertes, daños al ambiente y a la economía causados por el consumo de tabaco. Este tratado multilateral fue avalado por 170 países y fue el primer paso de la lucha mundial contra el tabaquismo. Para ayudar a los países a cumplir la promesa de este convenio marco, la OMS estableció sus estrategias centrales que se resumen en el acrónimo M-POWER, por su versión en inglés.”

Monitor : Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención.

Protect : Proteger a la población del humo de tabaco

Offer: Ofrecer ayuda para dejar el tabaco

Warn : Advertir de los peligros del tabaco

Enforce : Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

Raise : Aumentar los impuestos al tabaco.

Según ‘Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2017: Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención’, casi 2/3 de los países, equivalente a 69% de la población mundial, se encuentran con al menos 1 medida de MPOWER al máximo nivel de cumplimiento.

Bibliografía

- Attas JD. Adicciones. Evolución Histórica y Principales Definiciones. En: Carnete P, Kopitowski K, Barani M, et al, editores. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 3ra ed. España : Medica Panamericana ; 2016. p. 322-326 (1)
- Malgor LA, Masecia ME. Farmacodependencia-Drogadicción. p. 88-89 [Internet]. Disponible en https://med.unne.edu.ar/sitio/multi-media/imagenes/ckfinder/files/files/8_dependen.pdf (2). Fecha de acceso 14/dic/2017
- Flores J. Farmacología Humana. 6ª edición. España. Elsevier Masson.2014. (3)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Informe Mundial sobre las Drogas 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.17.XI.6). [Internet]. Disponible en. https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf (4).Fecha acceso 14/dic/2017
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017), Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo. [Internet]. Disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf> (5). Fecha acceso 14/dic/2017.
- El problema de las drogas en las Américas: Estudios. Drogas y Salud Pública. [Internet]. Organización de los Estados Americanos, 2013. Disponible en http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
Fecha de acceso: 05/dic/2017

- Bakalar K. Tabaquismo. En: Carnete P, Kopitowski K, Barani M, et al, editores. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 3ra ed. España : Medica Panamericana ; 2016. p. 349-360
- Tabaquismo: la situación Latinoamericana [Internet]. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Argentina, 2015. Disponible en <http://www.iecs.org.ar/publicacion/?id=2765> Fecha de acceso: 14/dic/2017
- Bardach A, Palacios A, Caporale J, Alcaraz A, Rodríguez B, Sequera V.G, Cañete F, Augustovski F, Pichon-Riviere A. Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Paraguay y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos. Documento técnico IECS N° 18. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Noviembre de 2016. Disponible en: www.iecs.org.ar/tabaco Fecha de acceso 29/dic/2017
- Tabaco en jóvenes del Paraguay [Internet]. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay, 2014 . Disponible en <http://www.mspbs.gov.py/dvent/tabaco-en-jovenes/> Fecha de acceso 29/dic/2017
- Resumen de los Resultados del Estudio 2017 de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Población de 12 a 65 años. [Internet]. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) y Presidencia de la Nación, Argentina, 2017. Disponible en <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/1.pdf> Fecha de acceso 05/dic/2017
- Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2017: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención; resumen. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258599/1/WHO-NMH-PND-17.4-spa.pdf?ua=1> Fecha de acceso 14/dic/2017 -Tabaco. [Internet]. Agencia Nacional de Noticias (Télam), Argentina, 2017. Disponible en <http://www.telam.com.ar/notas/201701/176413-tabaco-oms-paises-desarrollo.html> Fecha de acceso: 29/Dic/2017.
- Sandí S, Sandí L. Dependencia a tabaco y su tratamiento. Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD [Internet]. 2016 [Aceptado: 29/12/2015]; 1 (1): 121-128. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161o.pdf> Fecha de acceso: 05/dic/2017

Violencia Domestica: Violencia contra la Mujer

Dra. Hee Jung Kang

*Introducción

Dentro de una familia, los sujetos más vulnerables a ser víctimas de la violencia domestica son mujeres, niños, adultos mayores y personas con discapacidad.

En este capítulo se abordará sobre la violencia contra la mujer, que igual que cualquiera otra violencia intrafamiliar, constituye un problema de salud pública que debe ser conocido, analizado, manejado adecuadamente y, sobre todo, prevenido y eliminado si es posible, debido a todas las consecuencias negativas y graves (a veces, fatales) que implica a nivel individual y social.

Muchas entidades nacionales e internacionales reconocen que la violencia contra la mujer es una forma de quebrantar los derechos humanos y las libertades fundamentales de la víctima, y esto significa que se debe buscar acciones formales y/o legales concretas que pueda frenar, prevenir y erradicar dicha violencia.

*Definiciones

- **Violencia Domestica:** toda violencia, sea física o psicológica, amenaza o persecución, ejercida por una persona con quien convive, contra otro miembro de la familia.
- **Violencia contra la mujer:** Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada»
- **Feminicidio:** es la muerte violenta de las mujeres como consecuencia de una gran cantidad de actos violentos.

*Epidemiología:

Son datos referidos por la OMS sobre la violencia contra las mujeres:

- Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.
- La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida.

- Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.

Según el informe “Violencia contra las mujeres en Paraguay: Avances y Desafíos”, Diciembre 2016, de ONU Mujeres, elaborado por la consultora Marcella Zub Centeno, en Paraguay se ha realizado ciertas encuestas para estimar la situación de la violencia contra las mujeres y la última fue en el año 2014 con el nombre “Primera Encuesta sobre Violencia intrafamiliar basada en Género (Área Urbana)” por el Ministerio de la Mujer. En esa encuesta participaron 3950 personas, de mayor a 18 años de edad y los principales resultados fueron:

- 1 de cada 5 personas sufrió violencia intrafamiliar.
- De las personas que sufrieron violencia física según la persona que le agredió, prevalece la pareja (53% de los casos), le sigue en tercer lugar, ex esposo/a (11,9%).
- 4 de cada 10 personas afirmaron que su agresor/a estaba bajo el efecto del alcohol u otra sustancia.
- 1 de cada 5 mujeres afirmó que estaba embarazada cuando sufrió violencia física y 1 de cada 4 mujeres afirmó que estaba embarazada cuando sufrió violencia psicológica.
- 1 de cada 3 personas manifestó que sufrió violencia en público o frente a otras personas.
- 9 de cada 10 personas no denunciaron los hechos de violencia sufridos porque creyeron que podían resolverlos sin ayuda (28,1%) y no consideraron que fuera violencia (23,4%)
- 7 de cada 10 personas que sufrieron violencia física no denunciaron.
- 9 de cada 10 personas que sufrieron violencia psicológica no denunciaron.
- 88,9% de las mujeres respondieron que sufrieron violencia física intrafamiliar “más de una vez” en comparación con los hombres 11,1%; y los episodios que se presentaron “una sola vez” se dieron entre las mujeres en 82,4%, en relación al 17,6% de los hombres.

***Tipos de violencia:**

-Violencia Física: todo acto de agresión intencional en que se emplea alguna parte del cuerpo de la mujer, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño o intento de daño, permanente o temporal, de parte del agresor sobre el cuerpo de ella.

-Violencia psicológica: Acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

-Violencia Sexual: “cualquier intimidad sexual forzada por parte de la pareja, ya sea con amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión de la mujer”

-Violación Sexual: Es la imposición del coito o penetración (anal, vaginal, bucofaríngeo) sin consentimientos, realizados por medios violentos, utilizando la fuerza física o moral.

-Violencia Económica: Controla el acceso al dinero, impide que trabaje, obliga la entrega de ingresos.

***Factores de Riesgo:**

a) Factores de Riesgo para ser el agresor o la víctima de la violencia contra la mujer.

- Antecedente de maltrato infantil.
- Antecedente de violencia familiar.
- Machismo o condiciones sociales que otorgan un estatus superior a los hombres.
- Consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas ilícitas.
- Bajo nivel de instrucción.

b) Factores de Riesgo para ser el agresor:

- Falta de sanciones o sanciones ligeras para los casos denunciados.
- Trastorno de personalidad antisocial.
- Múltiples parejas.
- Aceptación de violencia contra la mujer.

c) Factores de Riesgo para ser la víctima:

- Autoestima baja.
- Falta de trabajo remunerado.

***Ciclo del maltrato**

El ciclo de violencia descrito por la Dra. Leonor Walker consta de tres fases:

1. Aumento de tensión: Tiempo de duración días, semanas, meses o años. Ocurren incidentes menores de agresión de diversas formas como gritos, peleas pequeñas. La mujer ante los incidentes menores evita cualquier conducta que pueda provocar al agresor, trata de calmarlo, tiene esperanza de que cambie, "acepta sus abusos", se niega a sí misma que está enojada por ser lastimada, busca excusas para culparse a sí misma, tiende a minimizar los incidentes, evita al agresor, lo encubre con terceros, aumenta la tensión al extremo de caer en la fase de agresión. Por otro lado, el agresor se muestra irritable, sensible, tenso, cada vez se vuelve más violento, más celoso incrementado las amenazas y humillaciones hasta que la tensión es inmanejable.

2. Incidente agudo de agresión: Tiempo de duración de 2 a 24 horas. Es la descarga incontrolable de las tensiones que se ha venido acumulando en la fase anterior, hay falta de control y destructividad total, la víctima es gravemente golpeada, ellas buscarán un lugar seguro para esconderse, hay distanciamiento del agresor. Los agresores culpan a sus esposas por la aparición de esta fase, sin embargo, estos tienen control sobre su comportamiento violento y lo descargan selectiva-

mente, en esta fase es cuando ella puede poner la denuncia o buscar ayuda.

3. Arrepentimiento y comportamiento cariñoso: Generalmente es más larga que la segunda fase y más corta que la primera. Se caracteriza por un comportamiento cariñoso, de arrepentimiento por parte del agresor, pide perdón, promete que no lo hará de nuevo porque cree que la conducta de la esposa cambiará, la tensión ha desaparecido, ella se siente confiada, se estrecha la relación de dependencia víctima agresor. Es aquí donde las mujeres agredidas pueden quitar las denuncias que han interpuesto

***Consecuencias:**

Las consecuencias nocivas de la violencia contra la mujer son variadas en la intensidad y formas de presentación. La mayoría de las veces son muy traumáticas y pueden ser mortales por homicidio o suicidio.

a) Físicas: lesiones (musculoesqueléticas, de tejido blando, trauma genital), síndrome de dolor crónico, trastornos gastrointestinales, daño ocular, reducción del funcionamiento físico y discapacidad.

b) Conductuales y Psicológicas: trastornos de ansiedad, depresión, autoestima baja, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios y del sueño, trastornos psicosomáticos, conducta sexual insegura, tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, conducta suicida y autodestructiva.

c) Sexuales y Reproductivas: trastornos ginecológicos, infertilidad, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, aborto involuntario, muerte fetal, parto prematuro y recién nacido con bajo peso.

***Tratamiento.**

El abordaje terapéutico de la violencia contra la mujer es complejo y debe ser manejado por un equipo interdisciplinario donde varios especialistas (médicos, abogados, psicólogos trabajadores sociales, representantes de las instituciones jurídicas) trabajan juntos con el único objetivo de ayudar a la víctima a salir de ese círculo destructivo y ser restaurada y fortalecida asegurando la protección, el apoyo psicológico, el asesoramiento jurídico pertinente (acceso a la justicia y sanción a los agresores), y una red de contención social. Es fundamental el seguimiento de la víctima por todos los especialistas durante todo el tiempo que sea necesario para alcanzar dicho objetivo.

Bibliografía:

- Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer [Internet]. Organización Mundial de la Salud, Noviembre 2017. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/> (1). Fecha de acceso: 28/dic/2017
- Zub Centeno M, Violencia contra las mujeres en Paraguay: Avances y Desafíos. Diciembre 2016. [Internet]. ONU Mujeres, 2016. Disponible en <http://www.cde.org.py/wp-content/uploads/2017/08/2016-ONU-Mujeres-Estudio-violencia-Paraguay.pdf> (2). Fecha de acceso : 7/ nov/2017

- Molina JE, Moreno JH, Percepción de la experiencia de violencia doméstica en mujeres víctimas de maltrato de pareja. UP [Internet].2015. [aceptado 13 abril 2015]; 14 (3): 997-1008. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n3/v14n3a17.pdf> (3). Fecha de acceso : 7/ nov/2017
- Bogantes J. Violencia Domestica. Medicina Legal de Costa Rica. [Internet].2008; [Aceptado 22 jul 2008]; 25 (2): 55-60. Disponible en http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152008000200006 (4). Fecha de acceso : 7/ nov/2017
- Violencia Intrafamiliar y de Genero. Manual de atención integral a víctimas en el sistema de salud. Paraguay 2012. [Internet]. Ministerios de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. Disponible en <http://www.mspbs.gov.py/programasdesalud/wp-content/uploads/2015/05/manual-atencion-2013-ligero.pdf> (5). Fecha de acceso : 7/ nov/2017
- Casique I. Vulnerabilidad a la violencia doméstica. Una propuesta de Indicadores para su medición. Rev Internacional de Estadística y Geografía. Mayo-agosto 2012. [Internet].2012; 3 (2) :46-65. Disponible en http://www.inegi.org.mx/rde/RDE_06/Doctos/RDE_06_Art4.pdf Fecha de acceso : 7/nov/2017.