Enrique de Mestral Andrés Szwako

Manual de Medicina Familiar

EFACIM

Editorial de la Facultad de Ciencias Medicas Universidad Nacional de Asunción

Paraguay - 2012

Manual de Medicina Familiar

Enrique de Mestral enrique.de.mestral@gmail.com Andrés Szwako aszwako@gmail.com

EFACIM Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Asunción

2012 - Asunción, Paraguay

Diseño y Diagramación: Ma. de la Paz Ferreira F. ferreiropaz@gmail.com

Ilustración de portada: Luis de Mestral

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

Dr. Enrique de Mestral
Doctorado en la Universidad de Lausanne, Suiza.
Profesor de Medicina y Bioética. FCM - UNA - UP
Especialista en Medicina Interna, Medicina Familiar y Geriatría.
Ex director interino de la Escuela de Postgrado.
FCM - UNA.

Dr. Andrés Szwako Profesor de Medicina Familiar. FCM - UNA. Jefe de Cátedra de Medicina Familiar. Docente del Curso de Postgrado INS - MSP. Docente del Curso de Postgrado IPS - UCA.



References culticulares to a los invibaces

Dr. Wesley Schmidt Docente de Medicina Familiar. INS. MSP

Dra. Miriam Riveros Ríos
Especialista en Medicina Familiar
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. Julio Ceitlin Profesor emérito de Medicina Familiar Universidad de Buenos Aires

Dra. Noemí García Especialista en Medicina Familiar Docente del Curso de Postgrado INS – MSP Docente del Curso de Postgrado IPS – UCA

Dra. Juana Pavón Especialista en Medicina Familiar

Dra. Diana Yuruhan Especialista en Medicina Familiar Docente del Curso de Postgrado IPS – UCA

Dr. Oscar Cabral Docente de Medicina Familiar Hospital Universitario N. S. de la Asunción

Dr. Raúl Ramírez Nizza Especialista en Medicina Familiar y Geriatría Ex Director del Programa de Residencia del Hospital Bautista Coordinador del Curso de Postgrado - UEP

Lic. Elizabeth Biss de Krauch Docente de la Carrera de Nutrición Universidad del Norte Universidad Católica de Villarrica

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. Cátedra de Medicina Familiar. FCM – UNA. Dra. Cinthia Camacho Especialista en Medicina Familiar. Auxiliar de la Docencia. Cátedra de Medicina Familiar. FCM – UNA.

Dra. Hee Jung Kang Especialista en Medicina Familiar. Auxiliar de la Docencia. Cátedra de Medicina Familiar. FCM – UNA. Cátedra de Semiología Médica. FCM – UNA.

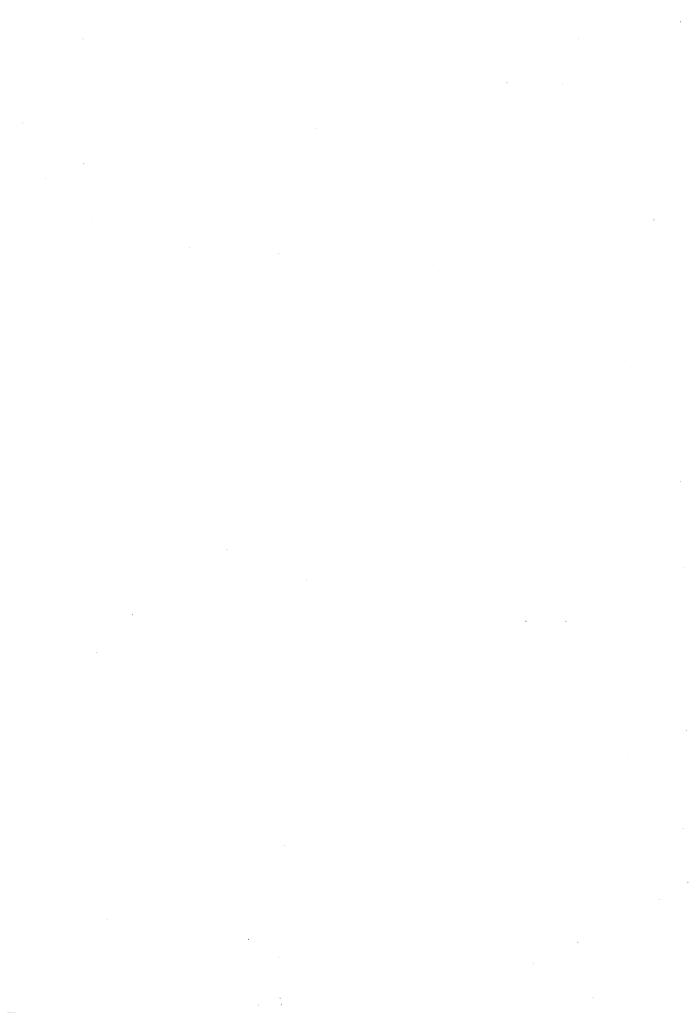
Capitulos

40
Introducción
1) Historia de la Medicina Familiar, nacional e internacional19 Dr. Wesley Schmidt
2) Atención Primaria de Salud: Principios. Concepto. Equipo21 Dr. Andrés Szwako
3) Medicina Familiar - Principios27 Dr. Andrés Szwako
4) La Persona
5) La Familia38 Dr. Enrique de Mestral
6) La Universidad y la Medicina Familiar42 Dr. Enrique de Mestral
7) Participación comunitaria en APS. Níveles de atención45 Dra. Miriam Riveros Ríos
8) Medicina centrada en el Paciente50 Dr. Julio Ceitlin
9) La prevención y la promoción de la salud en Medicina Familiar. Niveles de prevención67 Dr. Andrés Szwako
10) Factores de riesgo76 Dr. Enrique de Mestral
11) Epidemiología y APS. Concepto. Importancia. Utilización79 Dra. Miriam Riveros Ríos
12) Modelo Biopsicosocial87 Dr. Andrés Szwako
Instrumentos de Medicina Familiar92
13) Familigrama93 Dra. Juana Pavón Dra. Miriam Riveros Ríos
14) Escala de Holmes98 Dra. Miriam Riveros Ríos
15) Ciclo vital individual102 Dra. Miriam Riveros Ríos

Manual de Medicina Familiar

16) Ciclo vital familiar106 Dra. Miriam Riveros Ríos
17) Crisis normativas y paranormativas116 Dr. Andrés Szwako
18) APGAR Familiar119 Dra. Miriam Riveros Ríos
19) Historia clínica orientada al Problema
20) Otros instrumentos de la Medicina Familiar
21) Teoría de la Comunicación
22) La entrevista Médica
23) El Paciente Difícil
24) Comunicación de malas noticias
25) Medicina basada en evidencia
26) Recursos Médicos en Internet
27) Toma de decisiones en Medicina Familiar158 Dr. Oscar Cabral
28) Gestión de salud y Medicina Familiar161 Dr. Raúl Ramírez Nizza
29) Nutrición, hábitos saludables167 Lic. Elizabeth Biss de Krauch
30) La familia y el paciente terminal169 Dra. Elena de Mestral
31) Atención Integral del Adulto Mayor176 Dr. Enrique de Mestral
32) Atención Primaria de Salud Renovada179 Dra. Hee Jung Kang
33) Educación para la salud y cambios de hábitos182 Dra. Miriam Riveros Ríos
34) Educación para la salud basada en la comunidad192 Dra. Cinthia Camacho Santa Cruz
35) Educación del riesgo de salud familiar

36) Formación de los médicos con enfoques de APS200 Dra. Hee Jung Kang	0
37) Indicadores de Salud	14
38) Problemas frecuentes en la adolescencia)9



Projoge

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 prologo 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.

Esta demostrado, 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 mas 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 mas 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 esta 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 aspecto 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 de la Sociedad Paraguay de Medicina familiar

Dr. Enrique de Mestral

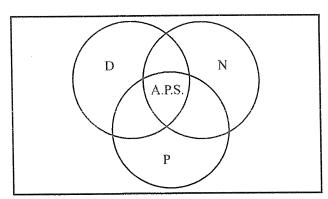
Cualquier sistema de salud persigue dos grandes objetivos: el primero es optimizar la salud de la población empleando el mejor y más
avanzado conocimiento disponible, el segundo es minimizar las disparidades asegurando igual acceso a los beneficios para todos. Los
profesionales de la salud estamos asistiendo 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 mas
vulnerable, que es la que esta socioeconómicamente en desventaja y
aumentado por lo tanto la disparidad en el estado de salud entre los
mas ricos y los mas 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 geronte 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 orientada a la atención primaria de salud. La atención de la salud mental 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).



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

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 estadíos. Ofrece cuidados contínuos, centrado en los pacientes y en sus problemas.

Recordemos las afecciones más frecuentes que se presentan en una práctica ambulatoria. 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.

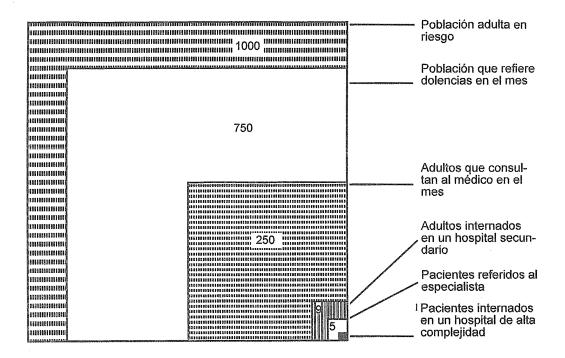
La investigación en atención primaria es importante. Ejemplos serían, en el campo clínico: la adherencia al tratamiento; la relación paciente familia: los valores personales, comportamientos de riesgo, equipos de salud familiar; entre las prioridades: análisis del costo/efectividad; en temas de información: 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.¹

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.²

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 si 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 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 30 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.³

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

Si bien los especialistas son absolutamente necesarios en casos dificiles 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 estadíos. Ofrece cuidados contínuos, centrado en los pacientes y en sus problemas.

Recordemos las afecciones más frecuentes que se presentan en una práctica ambulatoria. 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 aprendiza-je. 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.

CAPÍTULO I

Historia de la Medicina Familiar, nacional e interna-Giotra

Dr. Wesley Schmidt

La especialidad de medicina familiar evolucionó con este nombre en los Estados Unidos en los años sesenta, cuando ese país experimentó un crecimiento vertiginoso de la especialización, dejando a los médicos generales en una situación de formación inadecuada para enfrentar un sistema de salud cada vez más complejo. Una presión social para recuperar el médico de confianza, acompañado con la visión de algunos planificadores de la salud crearon en 1969 la vigésima especialidad medica de ese país, con el nombre de "Family Practice". 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 otros países la especialización y fragmentación de la medicina llevó a una especialización del generalista de diferentes maneras. En España, un decreto real en 1978 creó con una resolución la especialidad de medicina familiar — "El Medico de Familia constituye la figura fundamental del sistema de salud". En Cuba el medico generalista tuvo una evolución rápida con fuerte apoyo del gobierno de la revolución, y actualmente todo Cubano cuenta con acceso a un medico de familia. En la mayoría de los países conectados a Gran Bretaña como Canadá y Australia, el medico general es el único proveedor de la atención primaria del Servicio Nacional de Salud.

En nuestra región la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) va apoyando el desarrollo de la especialidad con un intercambio de experiencias muy aplicables a través de diferentes fronteras. Una tercera cumbre de medicina familiar organizada por el CIMF conjuntamente con la OPS en Fortaleza, Brasil en Mayo del 2008 puso en evidencia el extraordinario desarrollo del Sistema Único de Salud (SUS) del Brasil basado en más de 70.000 unidades de salud familiar con clara mejoría en la cobertura medica y los indicadores básicos de salud.

En todo este proceso, el protagonismo del medico de familia en la Atención Primaria de la Salud (APS) fue intensificandose luego del lanzamiento de la declaración de Alma Ata en 1978. Actualmente,

estudios de los diferentes sistemas de salud, como los publicados por Barbara Starfield, demuestran que el factor más importante para mejorar los indicadores de salud de un país, constituye una política de salud basada en estos conceptos de atención primaria.

EN El PARAGUAY, en 1981 el hospital Bautista de Asunción inició un proceso de transformar su internado en una residencia de medicina familiar con las características del modelo americano. Los especialistas formados en este programa participan en la atención primaria de los consultorios y el servicio de emergencias de este centro medico. En 1997 se inició un proyecto conjunto del Ministerio de Salud (MSP y BS) y el Centro Medico Bautista (CMB), para establecer programas de residencia con estas mismas características en diferentes centros regionales de interior del país. Actualmente fueron beneficiados con este proyecto Pedro Juan Caballero, Encarnación, Ciudad del Este. San Estanislao, C. Oviedo y Villarrica. Cada uno de estos lugares cuenta actualmente con especialistas formados en esas comunidades, y desde 2008 el programa de residencia de Encarnación se independizó del CMB y se encuentra dentro del programa de la facultad de medicina de Itapúa. En 2003, con participación de la Universidad de Kansas y el Comité Paraguay-Kansas, se inició la residencia de medicina familiar en la Universidad Nacional de Asunción (UNA) y al poco tiempo también se estableció uno en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Asunción (HUNSA). En el año 2006 el Instituto de Previsión Social (IPS) tomó un compromiso histórico de formar 20 médicos por año, de los cuales el primer grupo se gradúa en 2009. En el año 2008, casi 100 médicos recién recibidos entraron en diferentes residencias de medicina familiar del Paraguay.

Desde la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar (SPMF) surgió hace unos diez años una preocupación en cuanto a la formación de muchos médicos que ejercen hace años la atención primaria en el Paraguay, muchos de ellos sin un post-grado considerado fundamental para esta función. Además, en el año 1996 se promulgó en el congreso nacional la ley 1036 que establece un Sistema Nacional de Salud decretándose la descentralización con formación de consejos locales de salud.

La implementación de esta ley podría dar una atención médica universal, pero requiere la participación de cerca de 1500 médicos primarios. Como consecuencia de esta realidad, la sociedad ha hecho alianzas con el Instituto Nacional de Salud (INS) y diferentes universidades como el Pacifico, la UNA, la Evangélica, la Católica, e Itapúa, para apoyar en la llamada reconversión de cada vez más médicos generales en médicos de familia. Al iniciarse el nuevo gobierno de la Alianza para el Cambio en 2008, la SPMF se encuentra en una posición estratégica para ofrecer al país el perfil del medico ideal para un proyecto que pretende dar atención universal, equitativa y de buena calidad.

CAPÍTULO II

Atención Primaria de Saluc Principios: Concepto: Equipo.

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 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, sino desde el 2003, y por otro lado la reticencia de algunos profesionales que aun se cierran a nuevos conceptos (aunque APS ya no es tan nuevo).

Es así, que tenemos que conocer es la definición de la APS. La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata en 1977, definió la Atención Primaria de Salud (APS) como: «La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.»

Es una definición muy larga, 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.

Muchos países, nunca se enteraron de esta definición, 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. El Paraguay lastimosamente esta en este grupo de países. A pesar de que esta estrategia y definición fue aprobada de forma unánime por más de 140 países, la realidad es que los responsables de la política sanitaria de muchas naciones no han hecho los esfuerzos precisos para potenciar la APS

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, refiere lo siguiente: "La demostración de la costo efectividad de la Medicina Familiar ya está hecha con suficientes estudios, aquellos que creen que un sistema diferente 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 organizati-

va 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, seguimien-

Elementos conceptuales de la APS		
Integral	Docente e Investigadora	
	Programada y evaluable	
Continuada y Permanente	Comunitaria y Participativa	
Activa	 Basada en el trabajo en 	
Accesible	equipo	

to 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.

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 serian 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 capaci-

tación continua y efectiva del personal, y la docencia y la investigación contribuyen a mejorar el conocimiento de los profesionales.

Funciones y actividades de APS

- ASISTENCIA
- PROMOCION DE SALUD
- PREVENCION 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

- MEDICO
- ENFERMERA
- TRABAJO SOCIAL
- TECNICO NO SANITARIO

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

Medicina Familiar - Principios

Dr. Andrés Szwako

Estos son algunas frases que describen los inicios de la Medicina Familiar en el Mundo, como consta en el libro de Atención Primaria de Martín Zurró.

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).

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 mas 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 ginecobstetricia, 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. 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 médico 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.

1) El Médico de Familia 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 mas resaltan en la atención de un Medico 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 diagnostico 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) El médico de familia 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) El médico de familia 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) El médico de familia 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) El médico de familia 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 mas 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 seria "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 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 todavía miembros visibles del vecindario.
- 7) El médico de familia 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

Funciones y actividades de APS

- El Médico de familia esta comprometido mas 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.
- e 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.

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) El médico de familia 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) El médico de familia 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 medica 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 Medico que necesita estar muy bien actualizado para ser efectivo.

Diferencias entre la medicina Familiar y la medicina General.

Un gran desafío para la medicina familiar fue el ser reconocida como una especialidad, pero ya hace mas de 30 años que la Medicina Familiar es una especialidad reconocida por la OMS.

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 "especifica" 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 y col. donde se concluye que de 1000 personas, 750 tienen un problema, de ellas solo 250 consultan a un medico (aquí está la medicina familiar y la APS) y solo 1 necesitaría un hospital de alta complejidad (en este nivel están los hospitales uni-

versitarios). Así, formamos 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).

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 diagnostico, sabrá a qué especialista derivar al paciente. Para diferenciar entre lo que es la Medicina Familiar y la Medicina General, está el enfoque biopsicosocial, con el cual, se cambia el enfoque biologista, la atención exclusiva de la patología y se abre el concepto a una atención integral, teniendo en cuenta factores sicológicos y sociales que pueden alterar la salud de las personas.

Además, el Prof. Edgar Marecos, refiere que el médico de familia tiene como objeto de atención sanitaria para el individuo sano o enfermo como también a su familia en la comunidad, el médico generalista solo al enfermo; el médico de familia atiende en forma integrada y continua, el generalista en forma esporádica y aislada; el médico de familia no se limita como el generalista a la atención asistencial sino que promueve, previene además de curar y rehabilitar y no menos importante aunque se cite en último lugar es su trabajo en equipo dentro de una estructura a diferencia del médico generalista cuyo trabajo es individual.

Así como en otras especialidades, la Medicina de Familia se forma a través de las Residencias medicas y los cursos de postgrado. Las residencias duran entre 3 y 4 años, según que país sea y están organizadas de acuerdo a unos delineamientos generales según una publicación llamada R.A.P (Residency Assistance Program) o Asistencia a Programas de Residencia, que son recomendaciones de la Asociación Americana de Medicina Familiar y la Sociedad Americana de Profesores de Medicina Familiar.

Aun así, 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.

Durante la formación en la Especialidad, se pasan durante un año por rotaciones intrahospitalarias y los siguientes dos años en 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 resolutiva 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 es-

pecialistas de referencia para la derivación oportuna de los pacientes. Para facilitar el trabajo en esta especialidad, podemos referirnos a tres estrategias:

1ro.) 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.) La Prevención

Es un tema que abarca una gran cantidad de información y que el Medico 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 ya que no todo es explicable por las leyes atómicas, ni por la realidad biológica, ni bioquímica ni sicológica.

Algunas características del enfoque BPS son:

- *Considera que un objetivo a lograr en la relación asistencial es que ésta tenga un componente emocional terapéutico (orientado al paciente).
- * Distingue entre la demanda de salud y necesidad de salud.
- * Evita tomar posición hacia hipótesis diagnosticas biológicas o psicosociales y a la larga, obtiene un perfil en las tres áreas.
- * Primero descarta lo orgánico.
- * Debe acostumbrarse a periodos de incertidumbre.
- * Actúa de manera preventiva siempre que sea posible.
- * Cada paciente es una realidad en constante evolución.
- * Debe actuar independientemente de la enfermedad sobre el paciente en su conjunto.

LA DIFICULTAD principal de este enfoque es infravalorar el diagnostico medico.

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

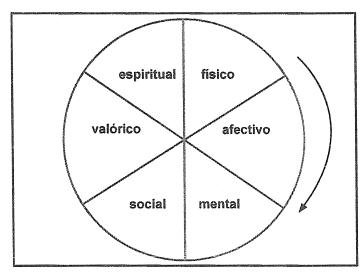
- 1) Marecos E. APS-Medicina Familiar-Médico de Cabecera-Campos de Salud. Disponible en: www.med.unne.edu.ar/revista/revista96/aps-medfamiliar.htm
- 2) Zurro, M. Cano, J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ta Edición. Mosby/Doyma. 2001
- 3) Martínez, O. Martínez, M. Noldin, C. Medicina de la Comunidad. EFACIM. Asunción. 2001
- 4) Residencias de Medicina Familiar. Disponible en: www.resimedicinafamiliar.blogspot.com/2008/04/qu-es-la-medicina-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.

a Persona

Dr. Enrique de Mestral

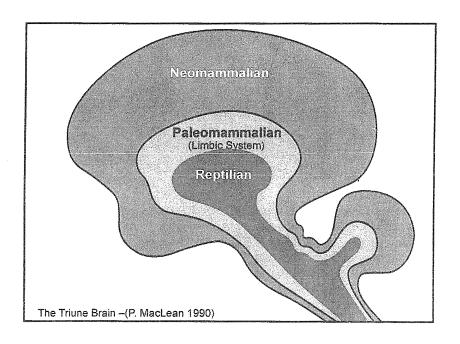
Persona: "sustancia individual de naturaleza racional", así lo definió el filósofo romano Boecio en el siglo V y rige hasta nuestros días. Tiene además libertad, que lo faculta a hacer el bien o a no hacerlo. Analicemos los elementos de esta definición. Sustancia: corporal y espiritual al mismo tiempo, 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.

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 respiración, 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).



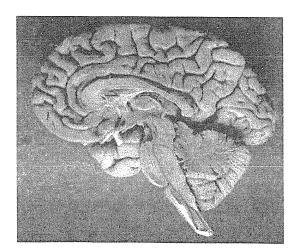
Luego el joven se va encontrando con las normas sociales, cívicas, la ley, las reglas morales. Son las que rigen la vida en sociedad y es importante que él los vaya incorporando a su conducta.

En esta imagen en "sacabocado" vemos la corteza cerebral, asiento de la racionalidad y el discernimiento ético, y el lóbulo limbito, 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.

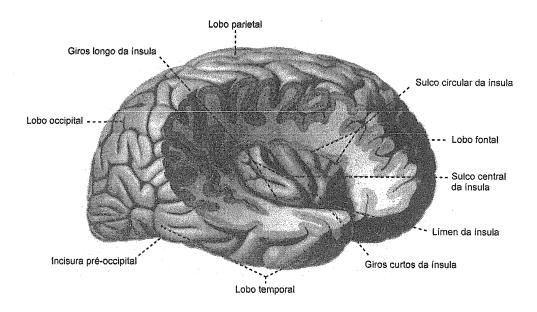
La vida espiritual es la culminación del desarrollo de la persona. La apertura a la trascendencia, a la fe, la religión, el diálogo con Dios.

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 aun, 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 mas daño que comer a su presa.

A lo largo de la historia, los hombres tuvieron dificultades para definir quienes 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. Lo que ocurre es que el hombre es el de siempre, que no crece en su ética y sigue rigiendo la ley del mas fuerte, de los sanos, los políticos.

CAPÍTULO V

Dr. Enrique de Mestral

Hace 2.400 años Aristóteles la caracterizó como "célula social básica". 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. 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. 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, amalgamiento, 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, asumien-Juan Pablo II. Familiaris Consortio, 42. do 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."

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 trata 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 psico sociales 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

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

varias etapas de transición predecibles.

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 anticonceptivos 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

⁶Scala J. Recrear la cultura de la vida. Promesa, 2006.

Manual de Medicina Familiar

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. 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, bi sexual, transexual, travestismo.

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

CAPÍTULO VI

La Universidac y la Medicina Familiar

Dr. Enrique de Mestral

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 compleja 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 acompasar 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 acompasar 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..."?8

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

⁸II Cumbre Ibero americana de Medicina Familiar

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.9

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 psiguiátrica, 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.10

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. 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 intersubietiva.

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

CAPÍTULO VII

Participación comunitaria en APS Niveles de atención

Dra. Miriam Riveros Ríos

Introducción:

El concepto de participación comunitaria en materia de salud cobra mayor relevancia y significación a partir de la declaración de Alma Ata (1977), pero sus inicios datan de bastante tiempo atrás. En la estrategia que representa la Atención Primaria de la Salud, se encuentran señaladas explícitamente tres características que hacen a su esencia misma: la Participación Comunitaria, la Tecnología Apropiada y la Acción Multisectorial.

De hecho, los dos documentos que han «apadrinado» las reformas sanitarias, la Declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa (OMS-UNICEF, 1980 y WHO, 1986), han dado a la participación comunitaria un papel crucial. No obstante, hay diferencias entre ambas propuestas en lo que se refiere a la articulación de las relaciones con la comunidad.

En la Declaración de Alma-Ata se habla de la estimulación de la participación comunitaria como uno de los tres pilares básicos que deben sustentar las estrategias de Atención Primaria.

En la Carta de Ottawa, documento que sintetiza la visión de promoción de salud y que amplía el modelo de Atención Primaria, se analiza el proceso salud/enfermedad considerando todos los instrumentos (entre ellos los servicios de salud) de que dispone la sociedad para la mejora de la salud. Uno de estos instrumentos sería el refuerzo de la acción social en salud.

El servicio de salud, junto a la educación, son servicios a brindar y garantizar en las comunidades para satisfacer el desarrollo social de la población, pero por lo general han sido implantados por personas o instituciones que no cónocen y/o no tienen relaciones con la comunidad, lo cual puede llevar a que estos servicios no tengan aceptación y no cumplan sus objetivos ya que la población, al no intervenir en ello, le resta efectividad a los esfuerzos que se hagan por garantizar la educación y la salud de los habitantes. Por esto la comunidad debe jugar un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud y el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello el desarrollo social.

Con relación a esto la OMS plantea "La insistencia en que la gente

debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe "darse" o "facilitarse" a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud"

Definición:

Es un proceso que incorpora todos los valores y costumbres de una comunidad y que promueve la formación de sujetos activos, solidarios y responsables necesarios para lograr la transformación social. Si se quiere construir salud desde esta visión, se debe contemplar y aceptar decidir con la gente. Hay que recuperar los saberes previos para avanzar en el cambio de las prácticas de salud hacia un modelo más equitativo.

Participación Comunitaria es cooperación activa y constante de los interesados o afectados en una acción de salud, tanto para la investigación de datos y la organización de los recursos humanos, como para planificar las actividades, facilitar las acciones, poner en juego las técnicas y procedimientos o para evaluar los resultados. El dar a una comunidad la oportunidad de tener participación en la consecución de su bienestar social la hará convertir en una comunidad consciente de su significado social."

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.

La comunidad activa ofrece aportes valiosos al identificar las oportunidades que favorecen la realización de actividades tanto como los puntos débiles que deben revertirse para favorecer el proceso

La participación comunitaria sería, por tanto, un conjunto de mecanismos que los servicios de salud ponen en marcha y articulan y que los hacen más o menos permeables a la influencia del medio social.

Una estrategia de participación comunitaria en los centros de salud Cada centro tiene una situación peculiar en cuanto a su organización, sus profesionales, etc., y cada colectividad es diferente en cuanto a su cohesión y formas de articulación. Es necesario que cada conjunto centro de salud-colectividad atendida se provea de un marco de relaciones peculiar y propio.

Según la OMS (1991) la participación se puede dividir en tres formas: *Participación como *contribución*, donde la comunidad contribuye con horas de trabajo, dinero o materiales

*Participación como organización, que implica la creación de estructu-

ras para facilitar la participación

*Participación como *fortalecimiento*, de grupos y comunidades, desarrollando el poder de toma de decisiones controlando los programas de atención de la salud

Se la puede analizar también según el nivel posible de participación, a modo de escala, de menor a mayor intensidad:

1-la participación como oferta/ invitación. Es una pseudoparticipación. Las decisiones se toman "arriba" y son ofrecidas a los que están "abajo". Mantiene las relaciones de dependencia de unos con respecto a otros. Alto componente paternalista

2-la participación como consulta. Los responsables de diseñar y ejecutar un programa consultan solicitando sugerencias o alentando a la gente para que exprese sus puntos de vista sobre lo que ya se está haciendo.

3- la participación por delegación. Es indirecta y se realiza mediante la elección o el nombramiento de representantes

4- la participación como influencia-recomendación. Se expresa a través de la posibilidad y capacidad de influir mediante propuestas acerca de lo que conviene hacer a los que tienen el poder de decisión 5-un mayor grado de participación es la co-gestión en donde se establecen mecanismos de decisión de las partes involucradas por lo cual la participación se transforma en algo institucionalizado y compartido 6-el grado más alto de participación es la autogestión. En este nivel cada uno interviene directamente en la toma de decisiones conforme a los lineamientos generales establecidos conjuntamente por todas las personas involucradas. Esta organización implica también el control colectivo operacional de todo lo que se realiza.

Mecanismos de participación comunitaria

A continuación se hará una corta revisión de las distintas formas de participación sobre las que existe experiencia en España. Así, por ejemplo, los consejos de salud han sido considerados como el paradigma de la participación comunitaria, el único mecanismo en el que se pensaba hace algunos años cuando se hablaba de participación. Otros, aunque se han utilizado con profusión, no han recibido la misma consideración. En el tabla 9.1, se recogen los que se han considerado más relevantes para los centros de salud en España, aunque existen otros, y la inventiva, tanto de los equipos de Atención Primaria como de la sociedad, irá abriendo el abanico de posibilidades de conectar los servicios de Atención Primaria con sus comunidades.

Mecanismo de participación comunitaria en APS	
Consejos de salud	Agentes comunitarios de salud
Contactos con asociaciones y otro tipo de asociaciones	Encuestas de satisfacción
Relaciones con otros sectores sociales	Sistemas de reclamaciones y sugerencias
Relaciones con onos sectores sociales	Personal no sanitario con informaciones
Contactos con redes sociales y lideres comunitarios	claves
Creación de grupos de apoyo	Marketing y relaciones publicas

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 grado 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 estresantes, 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.

Manual de Medicina 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,} Arias Herrera, H. 1995. La comunidad y su estudio: Personalidad- Educación- Salud. La Habana: Editorial pueblo y educación

^{2.} Organización Panamericana de la Salud. 1990. Participación Social. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 3)

³ Zurro, A. Martín, Atención Primaria de Salud, Participación comunitaria, Capitulo 9

CAPÍTULO VIII

Medicira 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 titulo "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 inconve-

nientes 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 acarrea 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 pareia 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 v 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 sintomas. 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 saluda-

ble 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 enfermedad. 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 ilegan 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 especificas 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 interpersonales 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 *lan 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 acerça 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 quieran, 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 resolutiva 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 po-

bre 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 psicosomática 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 lan 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, apa-

rejada 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 trasmiten 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. DEstablecer 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 si mismo o por intermedio de otros profesionales, y saber si han tenido éxito o fracaso. Así podemos ahorrarnos 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 medico 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 medico 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 diagnostica 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 medico 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 medico de familia en la consulta con cada paciente. En cada etapa del ciclo vital familiar se han identificado y validado recomendaciones especificas 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 medico-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 medico 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 medico paciente no siempre es recíproca. El compromiso del medico 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 medico 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 auto eficacia- 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 auto conocimiento 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 influencian 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 estable-

cida 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. lan 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 estov 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 com-

plicado 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, Paidos1992
- 4. Patient Centered Medicine- Transforming the Clinical Method. Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam, Freeman . Ed. SAGE 1995
- 5. Medicina de Familia. Ian McWhitnney. 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 Clinico Centrado en el Paciente, Rubén Roa, Julio Siede; Progama de Educación Continua en Medicina Familiar, Modulo 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, Alian 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 IX

la prevención 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.

hh 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 asi 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 períodos, 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 ele-



mentos 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 especifico o indicarse de forma individualizada, de acuerdo a que factores de riesgo presente una persona determinada.

EJEMPLOS DE PREVENCION

PRIMARIA

-Inmunizaciones, Educación, Promoción, etc.

SECUANDARIA

-Estudio de cuello uterino (PAP), Mamografías, Toma de Presión Arterial, etc.

TERCIARIA

-Antibioticoterapias, rehabilitación, quimioterapias, 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 de 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 Jounger en 1969:

· El problema o enfermedad ha de tener una frecuencia y una impor-

tancia 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 significante sobre la calidad y cantidad de vida.
- La condición debe tener un periodo asintomático durante la cual la detección y el tratamiento reducen la morbimortalidad.
- El tratamiento en la fase asintomático debe ser superior que el tratamiento en la etapa sintomática o de diagnostico 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

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 cuan-

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 validas 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 validas 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.

do 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 metanalisis es una revisión sistemática y cuantitativa de distintos ensayos clínicos con-

trolados, 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

La calidad de las evidencias por otro lado nos ayuda a decidir que estudios debiéramos tener mas en cuenta en nuestra practica, pues no es lo mismo tener una evidencia basada en metanalisis que otra basada en opinión de expertos. Los estudios tienen su calidad de evidencia y nosotros debemos saber interpretarla. Así, un articulo puede estar con una calidad de evidencia tipo III, y en realidad es la opinión de expertos y no sobre trabajos experimentales o metanalisis.

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS

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

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.

Recomendaciones:

Es muy difícil para un medico conocer y determinar cuales son las enfermedades que deben ser rastreadas y cada cuanto tiempo debe realizarse. Muchos grupos de diferentes países se reunieron para elaborar recomendaciones, entre ellas están: Guías de las Fuerzas de Tareas Canadienses, Fuerza de Tareas de los Estados Unidos, Sociedades de cáncer, geriatría, Medicina Familiar, entre otros.

Las siguientes son recomendaciones que están estipuladas en el texto de Medicina Familiar del Dr. Adolfo Rubinstein.

Practicas preventivas

Practicas preventivas recomendadas entre el nacimiento y los 10 años de edad.

Recomendaciones: controles periódicos de salud mensuales o cada dos meses hasta el año de edad. Bimensual hasta los 2 años de edad y después anuales.

Rastreos: Peso, altura, perímetro cefálico y presión arterial. Determinación de fenilalanina y TSH. Auscultación cardiaca y palpación de pulsos periféricos. Rastreo de cataratas congénita, hernias, malformaciones ano rectales, de paladar y luxación congénita de cadera. Examen ocular y auditivo entre los 3 y 4 años.

Consejos: aconsejar a los padres sobre tabaquismo, prevención de accidentes según edad del niño, sobre la dieta, ejercicios y salud dental.

Inmunizaciones: indicar según el esquema vigente.

Practicas preventivas recomendadas entre los 11 y los 24 años de edad

Recomendaciones: controles periódicos de salud anuales o hasta cada 3 años y tener en cuenta grupos especiales para otras recomendaciones.

Rastreos: Medir la presión arterial, peso, altura. Iniciar el estudio de cuello uterino en aquellas sexualmente activas. Buscar alcoholismo, tabaquismo o drogadicción.

Consejos: aconsejar sobre abuso de sustancias, prevención de accidentes, salud dental, dieta, ejercicios y sexualidad.

Inmunizaciones: según esquema vigente

Practicas preventivas recomendadas entre los 24 y 64 años de edad

Recomendaciones: Controles anuales de salud y en grupos especiales (con factores de riesgo conocidos) tener en cuenta para otras recomendaciones.

Rastreo: Presión arterial, peso y altura. Realización de Papanicolaou, rastreo de alcoholismo, tabaquismo o drogadicción, rastreo de susceptibilidad a la rubeola, buscar dislipidemias, cáncer de colon y cáncer de mama.

Consejos: aconsejar sobre sexualidad, salud dental, prevención de accidentes, abuso de sustancias, dieta y actividad física. Inmunizaciones: según esquema vigente y susceptibilidades.

Practicas preventivas recomendadas para los mayores de 65 años de edad.

Recomendaciones: controles de salud cada año y en grupos especiales tener en cuenta otras recomendaciones.

Rastreo: presión arterial, peso, altura. Agudeza visual y auditiva. Cáncer de mama. El PAP se suspende a los 65 años si los dos últimos controles fueron normales, pero es necesario seguir hasta los 75 años, cada año o cada 3 años, si no hubo controles en los últimos 10 años. El rastreo de PAS (antígeno prostático especifico) es controversial.

Inmunizaciones: según esquema vigente y tener en cuenta grupos especiales para otras recomendaciones

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⁾ Martinez, O. Martinez, 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.

CAPÍTULO X

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.

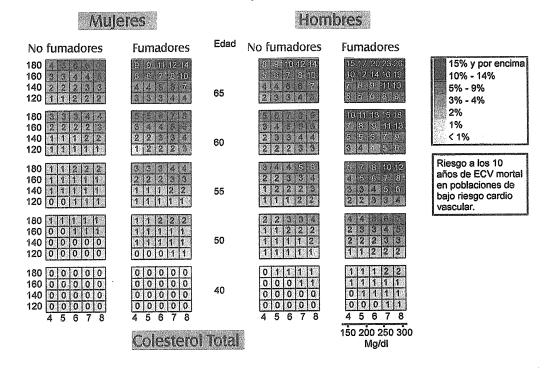
El tabaquismo, la PCR elevada y el colesterol son responsables de la enfermedad arterial de los grandes vasos, así como la diabetes lo es de los pequeños vasos (retina, riñón). Una PCR alta indica también mayor riesgo de desarrollar HTA. La misma disfunción eréctil indica mayor riesgo de enfermedad coronaria y obliga a indagar sobre este riesgo en el paciente. 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. 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 cardiaca tienen mayor mortalidad intra hospitalaria y a 60 días. La prueba de 6 minutos de marcha, midiendo y comparando el perímetro de marcha antes y después de algún tratamiento en pacientes con insuficiencia cardiaca o enfermedad pulmonar, predice también el riesgo cardiopulmonar ante las demandas de la actividad física.

Entre las medidas de disminución del riesgo CV, el enalapril y los sartanes 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.

Presión arterial sistólica

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.

Clase ASA	ASA Modificada por Essenfeld - Sekler y Balducci (1998)
Paciente sano Paciente con enfermedad sistémica leve	Paciente sano, menor de 60 años
2. Padenie don ememedad sistemica ieve	Paciente de 60 años o más, con o sin enfermedad sistémica leve o moderada.
Paciente con enfermedad sistémica severa, no incapacitante	Paciente con enfermedad sistémica, severa no incapacitante
Paciente con enfermedad sistémica incapaci- tante 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

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

Índices clínicos de riesgo preoperatorio

	Goldmann*	Detsky*
Historia Edad > 70 años IM en los últimos 6 meses IM > 6 meses	5 10	5 10 5
Angina: Clase canadiense 3/4 Inestable en los últimos 3 meses Edema pulmonar En la última semana / alguna vez		10/20 10
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 Intervención	3	5
Intraperitoneal, intratorácica, aórtica Procedimiento de urgencia PUNTOS TOTALES POSIBLES	34 53	10 105

- 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: 1: 10-15 puntos; II: 15-30 puntos; III: > 30 puntos.
 Revista de la Sociedad Paraguaya de Cardiología. Volumen 5 Nº 2. Agosto 2007

Bibliografía

Kampus P. Relación entre inflamación y rigidez arterial en pacientes con HTA. Internacional Journal of Cardiology 112(1):46-51, sept 2006.

Montorsi P. Asociación entre la disfunción eréctil y la enfermedad coronaria. European Urology 50(4):721-731, oct 2006.

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 Jorunal of Cardiology 98(8): oct 2006

Smith Jr S. Obesidad abdominal, cirunferencia de cintura y riesgo cardiometabólico. Current Medical research and opinión. 23(1) ene 2007.

Barsheshet A. Niveles de glucemia al ingreso y mortalidad en pacientes no diabéticos internados por insuficiencia cardiaca. Archives of Internal Medicine 166(15), ago 2006.

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.

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.

Parker E. La actividad física reduce el riesgo de HTA en adultos jóvenes. American Journal of Public Helath 97 (4) abr 2007.

Bertoni A. Calidad de la detección sistemática y tratamiento del colesterol en atención primaria Carolina del Norte. American Herat Journal 152(4), oct 2006.

Björn Zethelius NEJM. 2008 Volume 358:2107-2116

CAPÍTULO XI

epidemiología y Alención Primaria de Salud Concepto, imporanda, Utilización.

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 hicieran 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 seria:

Cuadro 1.1 Evolución de los valores de la línea de pobreza total y extrema.

	Área Metr	opolitana	Resto	Urbano	Área I	Rural
Año	Línea de Pobreza Extrema	Linea de Pobrez Total	Línea de Pobreza Extrema	Línea de Pobreza Total	Línea de Pobreza Extrema	Línea de Pobrez a Total
2006	232.438	409.334	178.376	291.321	165.059	250.123
2007	268.406	450.839	205.978	322.458	190.600	278.326
2008	277.766	474.703	213.162	338.902	197.247	291.948
2009	288.433	489.045	221.348	349.435	204.822	301.290
2010	317.510	525.960	243.662	376.753	225,470	325.707

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos. Principales indicadores de Pobreza 2010.

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:

Prevalencia = numero de personas con las enfermedad

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 (%)	Р
	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	1.183 (29,4)	1.046 (26,0)	1.791 (44,6)	<0,00001
Masculino	732 (31,0)	354 (24,9)	306 (10,1)	
Femenino				
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 *	959 (50,8)	528 (37,4)	1.678 (56,0)	<0,00001
< 25,	715 (37,9)	642 (45,5)	1.057 (35,3)	
25-29,9	212 (11,2)	242 (17,1)	259 (8,7)	
> 30	-			
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.

Fuente: Rev. argent. cardiol. v.75 n.2 Buenos Aires mar./abr. 2007

Prevalecía 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.

Incidencia; Número de casos nuevos en un periodo de tiempo
Total de la población de riesgo

Ejemplo; **Principales causas de mortalidad (1995-2003)** Fuente MSPyBS

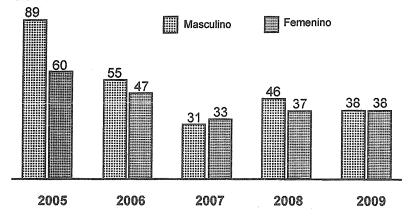
^{*} Hipertención arterial.

^{*} Indice de masa corporal (kg/m²)

^{*} Antecedente familiar de coronariopatia.

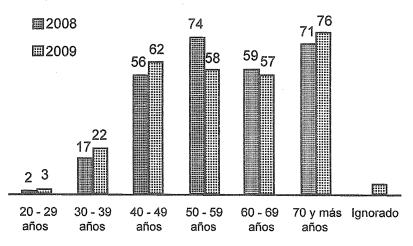
^{*} Cirugía de revascularización.

Número de defunciones en menores de 5 años por enfermedades diarreicas.



Fuente: Subsistema de Información Estadísticas Vitales (SSIEV) Dirección de Bioestadística MSP y BS 2010.

Número de defunciones por cáncer de mama en mujeres años 2008-2009



Fuente: Subsistema de Información Estadísticas Vitales (SSIEV) Dirección de Bioestadística MSP y BS 2010

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).

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.

Diselos 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 v 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 mamografia es del 75% y la especificidad de un 98-99%.

Al establecer un paralelismo entre las estrategias de intervención comunes 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.
- 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 es-

trategia 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.
- 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 1998; 24(1):19-22.

CAPÍTULO XII

Mocelo Biopsicosocia

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 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.

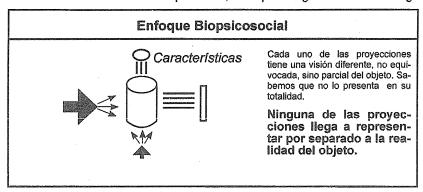
Fue propuesto como un "nuevo paradigma" en el año 1977 por Engel, donde este afirmaba que, el modelo biopsicosocial, es capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad.

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 influencian 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 biologista 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

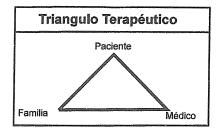
Diagnóstico contextualizado. Tendremos en cuenta el contexto donde se desarrolla el problema de salud. Para esto debemos tener en cuenta:

- 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 diagnostico.

De la díada 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 triangulo terapéutico, están el medico, el paciente y la familia



del paciente. Esto se explica pensando que un diagnostico 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 diagnostico 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, cual es la diferencia entre un profesional con orientación biopsicosocial y otro no orientado a este modelo?

Aquí tenemos algunas características del medico 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.
- 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.

Conceptos equivocados del enfoque biopsicosocial:

- Se debe escuchar al paciente de manera humana, superando la objetualización técnica.
- Se debería prescindir de etiquetas (diagnósticos) pues simplifican la realidad, y debería simplemente describir lo que les ocurre a sus pacientes.
- Todo proceso de enfermar es biopsicosocial por igual y, por consiguiente, debería activar una respuesta en los tres niveles.
- Antes de tratar a cualquier paciente que debería tener un conocimiento biopsicosocial de éste.
- Habrá un momento en que el modelo biopsicosocial superará los diagnósticos biológicos clásicos para integrarlos en unos modelos de índole superior.
- La comprensión profunda del enfermar llevará a la conclusión de que casi todas las enfermedades son policausales, y lo psicosocial tendrá al menos un papel tanto o más determinante que lo meramente biológico.
- Lo psicosocial puede ser tan potente que puede directamente producir o curar padecimientos.

Algunas diferencias entre el modelo biomédico y el biopsicosocial:

Diferencias	Biomédico 🔳	Biopsicosocial	
Causa – efecto. Mejora con elementos externos Paciente es periférico. Corresponde a una clasificaciór biológica.		Redes casuales Mejora con elementos internos y externos. Paciente es funda- mental. Diagnóstico contextua- lizado, Toma concepto de "malestar"	
Relación equipo-paciente	Amable/Indiferente/Conflictivo Jerárquico: Decisiones las toma el equipo. Opinión del paciente son irrele- vantes.	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 discipli- nas especializadas.	Salud – persona. Prevención – promoción. Disciplina "generalista".	

Manual de Medicina Familiar

Diferencias	Biomédico	Biopsicosocial
Conocimiento	En el equipo de salud	Conocimientos complementa- rios (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 jerar- quizado. En equipos y mirada transdisciplinaria. "Objetivos" y "subjetivos"
Elementos diagnósticos	"Objetivos": test, pruebas biológicas, bioquímicas, Rx, biopsias, etc.	"Objetivos" y "Sunjetivos"

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⁾ Rodriguez, 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⁾ A destacar el Modelo de Atención Integral de la Salud. Disponible en: www.minsal.cl/ici/salud_mujer/documentos/modelo_atencion_integral_salud.doc -

• •

Instrumentos de Medicina Familiar



CAPÍTULO XIII

familigrama

Dra. Miriam Riveros Ríos Dra. Juana Pavón

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

Conocer la estructura del entorno familiar del paciente es fundamental si se quiere abordar al mismo en todos los aspectos, biológicos, psicológicos y social.

Es un instrumento de la medicina familiar, práctico que facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente, proporciona una visión rápida del entorno del mismo.

También ayuda a establecer relaciones con los pacientes y empatizar con ellos.

Se construye durante la primera sesión y luego se lo revisa a medida que se obtiene más información. 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.

El familigrama incluye por lo menos a tres generaciones de familiares así como también sucesos puntuales y críticos en la historia de la familia, en particular los relacionados con el "ciclo vital".

Funciones:

- Conocer la estructura de una familia.
- · Las relaciones entre los miembros de una familia.
- · Visón rápida y global del ambiente psicosocial del paciente
- Conocer patologías de la estructura familiar e interrelacionar en el contexto de la realidad del paciente
- Las etapas del ciclo vital familiar e individual en la que se encuentra el paciente
- · Las pautas generacionales repetitivas
- · Los acontecimientos más relevantes
- Mapa relacional, los sistemas de comunicación e interacción de los componentes de la familia.

También ayudar 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

El paciente se identifica 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

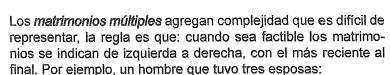
Matrimonios

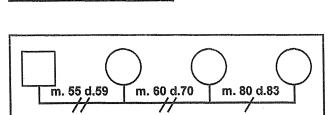
Los símbolos que representan miembros de la familia están conectados por líneas que representan sus relaciones biológicas y legales. Dos personas que están casadas están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha. Una letra "M" seguida por una fecha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

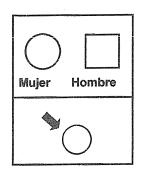
La línea que los une también es el lugar donde las separaciones y divorcios se indican, las líneas oblicuas significan

una interrupción en el matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio.

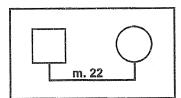
Las parejas *no casadas* se señalan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos. La fecha importante aquí es cuando se conocieron o empezaron a vivir juntos.

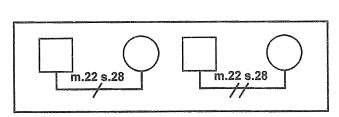


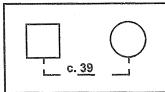




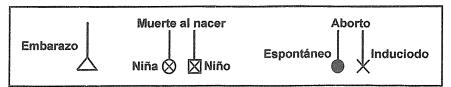






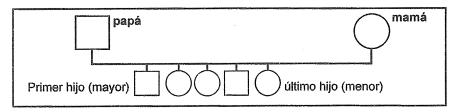


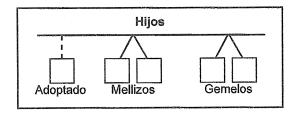
Hijos Símbolos para: embarazos, pérdidas, abortos y muertes al nacer.



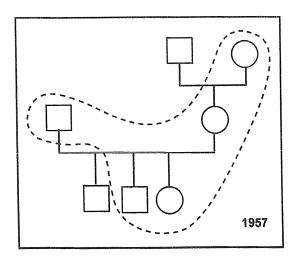
Espontáneo

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.





Muy estrecha Pero conflictiva Conflictiva Cercana Quiebre Distante



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 la primera consulta ya que además de requerir bastante tiempo, implica una situación de empatia me-

dico paciente para obtener la mayor cantidad de datos posibles, sobre todo lo que hace referencia a las relaciones interpersonales.

3) De ser posible, además de identificar al paciente, identificar al familiar de mayor empatia con el mismo con el cual podamos acudir para eventual consulta o entrevista para seguimiento, adecuación o simplemente acompañamiento en la terapéutica del paciente.

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.

Las pautas vincularas de proximidad, distancia, conflicto, etc. también pueden repetirse de una generación a otra. Un ejemplo de dicha repetición seria una familia donde la madre y el hijo mayor en cada generación poseen una alianza especial mientras que el padre y dicho hijo mantienen una relación conflictiva negativa.

F. Sucesos de la vida y funcionamiento 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".

La realización del familigrama supone un cambio en la relación con el paciente, está limitada por el modelo cultural predominante que restringe el intercambio de información entre médico-paciente. La medicina actual altamente tecnificada e individual influyen en este problema, siendo difícil de comprender por el paciente en qué forma las condiciones externas que lo rodean influyen en su problema de salud.

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.

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.

Constituye además una ayuda para valor la evolución de los problemas de otros miembros de la familia y manejarlos globalmente.

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...}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.

^{2...}Genograma, disponible en http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_8.htm

^{3...}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.

^{4...}La historia clínica orientada en el problema, disponible en www.Institutodelparana.com.ar

CAPÍTULO XIV

scala de Holmes

Dra. Miriam Riveros Ríos

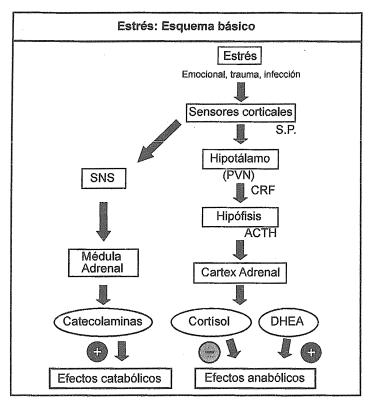
La evaluación del paciente debe ser global. Considerando el enfoque biopsicosocial del mismo no podemos obviar dentro del abordaje del mismo a los eventos vitales estresantes que fueron estudiados desde el punto de vista psicológico como fisiológico causantes de muchas patologías que muchas veces tratadas en forma meramente biológica o aislada llevan al fracaso de la terapéutica y a su consecuente cronificación. Por ello dentro de la medicina familiar, utilizamos un instrumento basado en un test para evaluar de alguna forma el grado de estrés del individuo desde su propia percepción, dándole puntajes a los mismos. Esto nos llevara a una probabilidad de riesgos de los mismos para actuar en consecuencia. Nos permitirá además de tener una idea global de la problemática del paciente.

Primeramente debemos entender el concepto de Estrés, este termino se remonta a la década de 1930 por Hans Selye quien observo que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, perdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto lo denomino el "Síndrome de estar Enfermo".

Por ende al estrés se lo define como la expresión de la suma de cambios no específicos que desvían al organismo de su estado normal de reposo, dados por agresiones y exigencias internas y/o externas. La Real Academia Española define al estrés como la situación de un individuo, o de alguno de sus órganos o aparatos, a los que se les exige un rendimiento superior al normal.

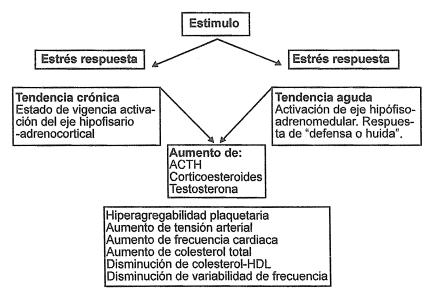
La respuesta orgánica al estrés se desarrolla primitivamente en demanda a situaciones que requieren mayor eficacia de todos nuestros sistemas orgánicos ya sea para dar respuesta a traumas, infecciones, defensa y las emociones.

A continuación se tiene un esquema básico de los sistemas implicados en respuesta al estrés:



Son los acontecimientos ambientales, psíquicos o sociales, que causan efectos negativos sobre los individuos o las familias, pero son poco valorados en el ámbito de la medicina. Varios estudios han corroborado la relación de estados de estrés sostenido y riesgos de eventos cardiovasculares.

Vemos en el siguiente grafico los efectos a nivel cardiovascular del estrés en el individuo:



Teniendo en cuenta la importancia de evaluar y medir probables riesgos para la salud, específicamente en el ámbito cardiovascular fue ideado una escala llamada de Holmes en donde se sitúan en orden de mayor a menor nivel de estrés, situaciones de la vida que el paciente puede reconocerlos como vividas en un periodo no mayor de un año, dándose puntajes a los mismos. Es de acotar que dichos eventos que veremos a continuación pueden ser modificados de acuerdo a las experiencias de vida del paciente. Por ejemplo, en la mencionada escala no figuran como situaciones estresantes la pérdida de cosechas agrícolas.

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 eyacula 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	atorios,	
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 eyacula 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	atorios,	
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 eyacula 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	atorios,	
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 eyacula 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	atorios,	
50 Quiebra en el estado financiero 45 Haber padecido un asalto 45 Descenso en el rol o status laboral 45 Problemas sexuales (impotencia, trastornos eyacula 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	atorios,	
45 Haber padecido un asalto 45 Descenso en el rol o status laboral 45 Problemas sexuales (impotencia, trastornos eyacula 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	atorios,	
45 Descenso en el rol o status laboral 45 Problemas sexuales (impotencia, trastornos eyacula anorgasmía, 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	atorios,	
45 Problemas sexuales (impotencia, trastornos eyacula 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	atorios,	
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	atorios,	
45 Ser abandonado por la pareja 40 Jubilación 40 Problemas judiciales 40 Menopausia 40 Deudas 40 Enfermedades en un familiar		
40Jubilación40Problemas judiciales40Menopausia40Deudas40Enfermedades en un familiar		
40Problemas judiciales40Menopausia40Deudas40Enfermedades en un familiar	period (10	
40Menopausia40Deudas40Enfermedades en un familiar		
40 Deudas 40 Enfermedades en un familiar		
40 Enfermedades en un familiar		
77.000		
40 Trabajar en horarios nocturnos o rotatorios		
30 Reconciliación marital		
30 Embarazo (para ambos)		
30 Nacimiento		
30 Inseguridad en el barrio donde víve o trabaja		
30 Cambio en estado financiero		
30 Fuertes discusiones familiares (con hijos o familiares	S	
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	77.00	
20 Viajes prolongados (más aún si son lugares muy ale	ejados)	
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		

Mayor a 300: riesgo alto de padecer eventos cardiovasculares

150 a 300: riesgo intermedio Menor de 150: bajo riesgo

Manual de Medicina Familiar

Bibliografía.

- 1...AKROT, M. et al. Facteurs de risque des céphalées psychogènes en milieu professionnel Arch. Mal. Prof., 1992, 53, $n^{o}4$, 275-278
- 2...Páez, D y cols. (1986). **Salud Mental y Factores Psicosociales**. Madrid: Fundamentos. Holmes, T.H y Rahe, R. H. (1967). The social readjustement rating scale. Journal of Psychosomatic research, 11, 213–218.
- 3...Rubinstein, A. et al Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 2003
- 4...VIVOLI, G. et al Biochemical and haemodynamic indicators of stress in truck drivers Ergonomics, 1993, vol. 36, nº 9, 1089-1097

CAPÍTULO XV

Cco vital individual

Dra. Miriam Riveros Ríos

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, psicosocial 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 perdidas de las mismas, lo que hace de el un ser de características particulares de acuerdo a las etapas en las cuales atraviesa.

Estas etapas fueron estudiados 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 medico 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 psicoiógicas 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:

		from 14 .
Período	Estadio	Edad
Etapa Sensoriomotora La conducta del niño es	a. Estadio de los mecanismos reflejos congénitos.	0 – 1mes
esencialmente motora, no hay representación	b. Estadio de las reacciones circula- res primarias	1 - 4 meses
interna de los acon- tecimientos externos.	c. Estadio de las reacciones circula- res secundarias	4 - 8 meses
ni piensa mediante conceptos.	d. Estadio de la coordinación de los esquemas de conducta previos.	8 - 12 meses
conceptes.	e. Estadio de los nuevos descubri-	12 - 18 meses
	mientos por experimentación. f. Estadio de las nuevas representa- ciones mentales.	18-24 meses
Etapa Preoperacional Es la etapa del pensa- miento y la del lenguaje que gradúa su capaci- dad de pensar simbóli- camente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.		2-4 años 4-7 años
Etapa de las Operacione Los procesos de razonami aplicarse a problemas con niño ahora se convierte en etapa aparecen los esquei mental de conjuntos y clas dad, espacio, tiempo y vel-	7-11 años	
Etapa de las Operacione En esta etapa el adolesce cimientos concretos obser razonamiento lógico induc idealistas y se logra forma mayor desarrollo de los co	11 años en adelante	

Etapa del desarrollo psico-social (Erikson)

Erikson centra su teoria 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 vergüen- za 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 infe- rioridad	6-9 años	Inicio de escolaridad
Crisis V identidad en oposición a inferiori- dad	10-19 años	Relación con comp. de la misma edad
Crisis VI intimidad en oposición a aisla- miento	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

Teoria 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:

Etapa oral: (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.

Etapa anal (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.

Etapa fálica (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.

Etapa de latencia (de los 6 años a la pubertad)

Etapa 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.

Etapa 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.

Manual de Medicina Familiar

Bibliografía.

- De la Fuente, Ramón. Psicología Médica. FCE México 1999
 Ericsson, E. 1982. El ciclo vital completado. Paidós, México
 Piaget's theory. [La teoria de Piaget. Monografías de Infancia y Aprendizaje, 2, 1981].

CAPÍTULO XVI

Ciclo vital familiai

Dra Miriam Riveros Ríos Ríos

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 si 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 seran 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 conyuge
VI. Disolución	Muerte del primer cónyuge (extinción)	Muerte del cónyuge sobreviviente

I. Formación del matrimonio.

1. Constitución de la pareia. Definición pareja matrimonial:

"Se caracteriza por una permanencia del vinculo, 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 convugal

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 presumibles.

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.
- Maneio 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 tríadica. 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.

Manual de Medicina Familiar

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 madrehijo/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 sequridad 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 disrruptivas" del adolescente.
- 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 el 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 I 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 a 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 v col.)

· Incapacidad de la familia para cumplir los roles y sus tareas habitua-

les 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 apoya 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

Manual de Medicina Familiar

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, ulceras, 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, autonomia-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.

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 Barcelona 1998.
- 4. Marisa Didoni, Humberto Jure, Beatriz Ciuffolini. PAMI. INSSJP. La familia como unidad de atención. Pp 12-22
- 5. Walsh F, Mcgoldrick M. Amorrortu 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.INTERPSI-QUIS. 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.

CAPÍTULO XVII

Ciss normativas y paranormativas

Dr. Andrés Szwako

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 dividirlas 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.

Crisis

Normativas

Son predecibles o esperables y sobrevienen cuando una persona va pasando por diversas etapas de los ciclo vitales.

Paranormativas

Son inesperadas, accidentales y dependen de diversos factores.

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

- 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.

Fases de las crisis

- Shock
- Reaccion
- Adaptacion
- Resolucion

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.

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.

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.

Como conclusión se puede agregar 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.

CAPÍTULO XVIII

APGAR Familiar Evaluación de la función familiar

Dra. Miriam Riveros Ríos

Una de las actividades fundamentales de la medicina familiar no es solo evaluar al paciente sino a su entorno familiar, todo ello con el proposito de tener una idea global del medio en el cual se desarrolla el paciente. Tratar de entender y derivar muchas veces el contexto de la patología a su medio social como parte de una vision biopsicosocial del mismo. Por tanto pasamos de un enfoque individual y de causalidad lineal a otro familiar y sistémico.

Este nuevo enfoque permitirá ver y estudiar a la familia como un todo, como un nuevo sujeto de la acción del médico

El concepto de función familiar es múltiple, eso hace que la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar sea más compleja que la de otros aspectos y que no existan en realidad cuestionarios que permitan catalogar su función de forma absoluta, sino que solamente miden aspectos parciales de su función.

Muchos de los procedimientos que se han propuesto para medir la función familiar son excesivamente prolijos, meticulosos, extensos y tienen un coste que no se puede asumir desde la consulta de Atención Primaria.

La evaluación de la función familiar tiene en Atención Primaria características específicas que la diferencian de la que puede realizarse en otros niveles, ya que tiene el propósito fundamental de comprender mejor el contexto en el que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta con problemas individuales, y permite reorientar su manejo hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en este nivel.

Por ello dentro de los instrumentos que se utilizan en la practica de la medicina familiar, optamos por un test sencillo rapido facil de realizar en la consulta ambulatoria que puede ser realizado por el mismo paciente o con ayuda del medico de familia que mide el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar llamado APGAR Familiar.

Es de acotar que dicho test es individual, depende absolutamente de la subjetividad del paciente y ciertos puntos de vista de la relación familiar pueden ser percibidos de manera diferente según el miembro familiar, de allí la importancia de realizar esta evaluación a todos los miembros del núcleo familiar pudiendo analizar de manera global la

misma y obtener conclusiones valiosas, todo con un enfoque biopsicosocial.

- · A: adaptability (adaptabilidad)
- P: participation (participación)
- G: growth (Crecimiento)
- A: afection (afectos)
- R: resolution (resolución)

El siguiente cuestionario fue desarrollado por Smilkstein en 1978, las siglas de las mismas derivan de las palabras en ingles:

Consta de sólo cinco preguntas cerradas con el que puede obtenerse de forma rápida y sencilla una evaluación de la función familiar. Cada pregunta se puntúa de 0 a 2 sobre una escala de Likert, obteniéndose en total un índice entre 0 y 10.

Se acepta que puntuaciones iguales o superiores a 7 corresponden a familias normofuncionales, entre 4 y 6 indican disfunciones familiares leves y de 3 o menos, disfunciones familiares graves.

En nuestra experiencia, para su manejo en Atención Primaria deben considerarse como indicativos de disfunción familiar sólo los correspondientes a disfunciones graves, por lo que al evaluar los resultados las familias se clasificarán en dos categorías, las normofuncionales con puntuaciones de 4 o más y las disfuncionales con 3 o menos.

Es importante recordar que este cuestionario no evalúa realmente la función familiar, sino el grado de satisfación que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento de su familia, es decir, su percepción personal. En Atención Primaria, en la que la presentación habitual de las disfunciones es a través de síntomas individuales, esto no constituye un inconveniente. El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticar-la.

APGAR Familiar

Preguntas

- 1. Adaptabilidad. ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo en mis preocupaciones y problemas?
- 2. Participación. ¿Estoy satisfecho en la forma que se discute asuntos de interés común y se comparte la solución de 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 afectos y responden a mis sentimientos de amor, tristeza
- **5. Resolución.** ¿Estoy satisfecho con la calidad y cantidad de tiempo que compartimos juntos?

Según las respuestas se califica de la siguiente manera:

SI 2 A veces 1 NO 0

Se suman las calificaciones de las cinco preguntas y el resultado se interpreta así:

Funcional:

10 - 8

Disfuncional leve a moderado: 7 – 4

Disfuncional grave:

3 - 0

Manual de Medicina Familiar

Bibliografía

- 1. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978;
- 3: 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. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996;18 (6): 289-295.

CAPÍTULO XIX

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 mas 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

- · 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 Clinica orientada al Problema

- Esta estructurada en cuatro partes
- · 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 enferme-

dad, 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

Historia Clinica 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.

- Problema Crónico (> 6 meses)
- Problema Agudo (< 6 meses)

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.

 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, coronario-

Historia Clinica orientada al Problema

Base de Datos definida:

- Información de rutina a través de un cuestionario impreso
- Información especifica del Problema están relacionada con el motivo de consulta

patias), pueden afectar la salud familiar y requerir una intervención preventiva o terapéutica del equipo de salud.

• 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

final en una sola consulta.

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 (subjetivo) 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

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 comple-

Historia Clinica orientada al Problema

Nota de Evolución:

Estructurado, por el sistema SOAP.

- · S: Información subjetiva.
- · O: Información objetiva.
- · A: Apreciación Diagnostica y/o Evaluación.
- · P: Planes de seguimiento.

mentarios que serán de utilidad para valorar la evolución de la enfermedad y la respuesta terapéutica).

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 ASUNCION HOSPITAL DE CLINICAS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

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					
_DSAfecto					
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 Clinica Orientada al Problema. Disponible en: http://atencionprimaria.wordpress.com/2008/03/05/historia-clinica-orientada-a-problemas/

CAPÍTULO XX

Olnos insinumentos de la Medicina lamilia

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 informacion no es en sí misma la solución que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

		THURSDAY, N. 184					
Las siguientes preguntas se manifiesta al apoyo o ayuda de que Vd. Dispone							
Aproximadamente, ¿Cuántos amigos intimos o familiares cercanos tiene							
Vd.? (Persona con las que se encuentra a gusto y habia acerca de todo lo que							
se le ocurre)							
Escriba el Nº de amigos íntimos y familiares cercanos:							
La gente nusca 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			s La mayoría			
		veces	veces	de veces			
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en	1	2	3	4			
la cama			_				
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesite	1	2	3	4			
hablar		_	_				
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1 1	2 2 2 2	3 3 3 3 3	4			
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita		2	3	4			
Algulen que le muestre amor y afecto		2	3	4			
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	s s	4 4			
Alguien que le informe o le ayude a entender una situación		2	3	4			
Alguien en quien confiar o con quien hablar de si		2	3	4			
mismo y sus preocupaciones		2	•	7			
10. Alguien que le abrace		2	3	4			
11. Alguien con quien pueda relajarse		2	š	4			
12. Alguien que le prepare la comida si no puede		2 2 2	3	4			
hacerlo	1	-	-	•			
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4			
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan	1	2	3	4			
para olvidar sus problemas							
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas	1	2	3	4			
si está enfermo							
16. Alguien con guien compartir sus temores y	1	2	3	4			
problemas más íntimos			_				
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus	1	2	3	4			
problemas personales	1	_	_				
18. Alguien con quien divertirse		2	3	4			
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2 2 2	3 3 3	4 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.

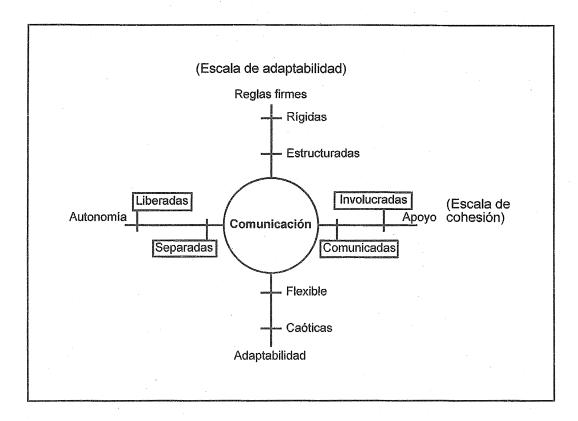
La "adaptabilidad familiar" es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

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, considerándosela 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 XXI

leora 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 mas que necesario, ya que nuestro diagnostico 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 on line 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 seria reunir datos para llegar al diagnostico y con ello al tratamiento médico, establecer una relación medico paciente efectiva y cercana, establecer buena comunicación entre el médico, el paciente y su familia, crear un ambiente efectivo para mejorar la relación medico 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 leguaje 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 medico 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 una poco con lo que nos refieren, sus miedos, temores sobre el tratamiento o el pronóstico de su diagnostico, 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.

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.

133

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 biopsicosocial que pueda presentar el diagnostico.

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

 a) Inicial: Saludo de presentación, contacto corporal, visual
 Postura corporal, se le invita a que exponga su MC.
 Seguridad de confiabilidad.

Seguridad de confiabilidad. Con sus propias palabras.

 b) Media: Recolección de datos. (Objetivos subjetivos)
 Debe ser espontáneo.
 Dirigida, con finalidad de ordenar.
 Integrar MC con la influencia PBS

c) Final: instrucciones precisas se repite el problema se revisan los datos se resume plan terapéutico

Tipos de consulta

Se puede hablar de que existen tipos de consultas médicas mas 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.

Cada consulta además, debe tener una enseñanza para el médico, cada paciente y su problema especifico es un desafío profesional y un motivo para aprender.

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.

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.

Características que se debe mostrar en una consulta externa

- Sencillez
- Confidencialidad
- · Rapidez de respuesta

- Responsable
- Accesible
- · Que dé respuestas

- Imparcialidad
- Bien involucrado
- Costo efectividad

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:

- 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 maneio.
- 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 diagnostico. También existen ciertas sugerencias, que pueden servir de ayuda para mejorar el relacionamiento medico-paciente-familia con el consiguiente beneficio para lograr un mejor diagnostico y la adherencia al tratamiento.

Barreras

- · 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

Ayudas

- Auto-presentación
- · Dirigirse por su nombre
- · Informar más que aconsejar
- Trasmitir confianza
- · Instrucciones precisas
- · Utilizar la conversación informal
- · Habla sobre las preocupaciones

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.pnlnet.com/chasq/a/10

CAPÍTULO XXII

Dr. Enrique de Mestral

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 morbimortalidad.

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.
- Comprender al paciente y familia en el plan del tratamiento.
- · Adhesión al tratamiento.
- · Mejoría de la enfermedad (eficiencia).

El médico en sí es terapéutico. Al entrar el paciente, inconscientemente por su cerebro 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.

La práctica de cada médico está influenciada por su historia personal y la cultura de su comunidad de origen. La cuna cultural nos hace diferentes a cada uno y nos hace actuar de una manera u otra.

El médico encara su vida profesional como sus problemas personales y familiares. 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.

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.

CAPÍTULO XXIII

El Paciente Difíci

Dra. Noemí García

La relación entre el profesional y sus pacientes es algo más que una mera actuación técnica. Son verdaderas interacciones humanas, con el contenido emocional que ellas conllevan. Y aunque la relación profesional-paciente lleva implícito un reparto de roles, no podemos evitar que el componente subjetivo aflore. Y este 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 (contrarias a toda objetividad científica que deberíamos mantener).

Con la expansión de la medicina, disminución de los espacios de inserción social de los sujetos y con el aumento de la cobertura de asistencia médica, los hospitales y los consultorios se han visto invadidas por gente que reclaman la porción de salud que le corresponde y en muchos casos el reclamo es acertado ya que se trata de la búsqueda de una solución médica para un problema biomédico. Pero como las personas son indivisibles, sus problemas muchas veces también lo son y por lo tanto, muchos pacientes que tienen problemas que no son estrictamente biomédicos también invaden los distintos centros de asistencia médica.

Cuando trabajamos este tema en nuestros cursos sobre "Entrevista en Atención Primaria", lo primero que hacemos es preguntar a nuestros alumnos (médicos y enfermeras), quién o quiénes son para ellos, "pacientes difíciles". Normalmente surgen infinidad de calificativos: el hiperfrecuentador, el paciente psiquiátrico, el que pregunta mucho, el no cumplidor, el somatizador, el odioso, el paciente terminal, el agresivo, el que se alarga mucho en las explicaciones, el que acude fuera de hora..., etc. Pero si dejamos algo más de tiempo para pensar sobre la pregunta, la gente empieza a hacer ciertas reflexiones sobre su propio quehacer: el que me pone nervioso, el que no consigo conectar, el que me incomoda, el que no sé cómo tratarlo, el que critica mi manera de actuar..., etc. Como podemos observar, nos encontramos en un principio con dos tipos de factores que influyen al catalogar al paciente como difícil: los derivados de las características del propio paciente. y los derivados de los sentimientos o emociones que dichos paciente generan en el profesional

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 distrés

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.

En la literatura internacional se ve reflejada, que no todos los pacientes difíciles lo son por igual para todos los profesionales de la salud, prefiriendo hablar más bien de "relaciones difíciles médico-paciente" o "relaciones difíciles enfermera-paciente". Esto es costoso de admitir, ya que en principio, a ninguno de nosotros nos parece que nosotros mismos somos problemáticos, sino que el trato con algunos pacientes constituye un problema. Algunos médicos con una actitud positiva hacia los problemas psicosociales mantienen un estilo de práctica clínica que favorece la expresión emocional de sus pacientes. Sin embargo, con cierta frecuencia esta actitud se vuelve en contra del profesional cuando no se sabe muy bien cómo el cupo se llena sesgadamente de pacientes difíciles y con problemas psicosociales; de tal modo, que se produce el efecto contrario al deseado, aumentar la utilización de su consulta.

De hecho, poner al paciente la etiqueta de "difícil" o lo que es equivalente, endosarle epítetos más o menos afortunados, podría quizás no ser más que una estrategia inconsciente del profesional para contener su propia incapacidad de manejar situaciones que estos enfermos plantean.

La escasa bibliografía sobre este tema demuestra que todos los profesionales encuestados admiten tener pacientes "problemáticos" estimándose dicha prevalencia entre el 1 y el 3%.

Si a ello le añadimos que por lo general son pacientes hiperfrecuentadores, vendría a suponer al menos que un 10% de las consultas pueden definirse como difíciles.

Tipología del Paciente Difícil.

Diversos autores han intentado clasificar los diferentes perfiles de pacientes difíciles y característicamente poco o nada ha coincidido en sus propuestas. Además, dicha clasificación diferiría enormemente dependiendo del entorno sociocultural en que se desarrolle el estudio.

Sin embargo, sí puede afirmarse que este tipo de pacientes, como conjunto, pueden compartir ciertas características comunes que merece la pena destacar:

- El paciente problemático suele ser un frecuentador considerable.
- Acostumbra a sentirse insatisfecho de los servicios que recibe.
- Su presencia se siente negativamente en el conjunto del equipo de salud.

- Suele presentar más problemas de salud crónicos que otros pacientes de igual sexo y edad.
- Suelen generar mayor número de exploraciones complementarias, derivaciones a especialistas y gasto en la prescripción.
- Presentan sus problemas (crónicos y agudos) de forma más compleja, inusual y variada en elementos de referencia.
- Sus elementos de soporte y contención social (familia, trabajo, relaciones, etc.) son escasos o, en todo caso, conflictivos.
- Suelen ser fieles a sus profesionales de referencia (negándose a cambiar de cupo en las ocasiones en que éste se lo ha propuesto).

Presentación clínica.

Dividiremos este punto en cuatro aspectos: lo que sucede en la relación médico-paciente, lo que sucede en la consulta, lo que le sucede al médico y lo que le sucede al paciente.

Lo que sucede en la relación médico paciente.

La relación médico-paciente habitual o "normal" se puede esquematizar en forma sintética a través del siguiente escenario:

El paciente se presenta en la consulta y "deposita" una serie de hechos (síntomas, miedos, fantasías, etc.) en el médico, quien por lo general, decide aceptar este "depósito", vale decir, se hace cargo transitoriamente de estos problemas hasta resolverlos (o devolverlos).

El médico indaga en lo expuesto tratando de despejar lo que es objetivo de lo que es subjetivo (no para descartarlo sino para evitar errores) y analiza sus dos o tres hipótesis diagnósticas, que siempre surgen en esos primeros minutos de la entrevista. A veces realiza un examen físico y/o análisis complementarios, tendientes a confirmar o rechazar esas hipótesis.

Después de esto, intenta devolver el depósito realizado por el paciente, explicándole cuáles fueron los diagnósticos pensados y los pasos a seguir. Si el médico define el problema como "no grave" le explica al paciente que tiene algo banal (reaseguro) y, si no es así, trata de asegurarle que él (el médico, los médicos y/u otros integrantes del equipo de salud) se va a hacer cargo de su problema.

El paciente, preocupado o no, triste o no, agradece la atención se levanta y se va.

La precedente es una descripción sintética de una consulta clásica (un poco inocente, pero parecida al ideal aprendido por el médico). En resumen: depósito, hacerse cargo y devolución tranquilizadora o contenedora.

En el caso de paciente odioso, las proporciones de cada etapa están alteradas: el depósito es muy grande, el hacerse cargo también, pero quizá lo más grave es que la tercera, la devolución, no existe. La sensación del médico es que no hay nada que pueda tranquilizar o contener a estos pacientes, no existen soluciones y éste es el momento en el cual el médico queda fuera de su lugar y cargado con el depósito de este paciente.

En un paciente con múltiples patologías graves (p. ej., enfermo terminal), el depósito también es muy grande, el hacerse cargo es asimismo difícil y la devolución también puede ser escasa (al menos en términos de resolver o curar enfermedades), pero el médico siente que existe la posibilidad de devolución y que de esta manera, mantiene su lugar de médico.

En el caso de los pacientes odiosos, al no existir la devolución, es el médico quien se queda con todo el depósito del paciente, perdiendo su lugar clásico en la relación. Este hecho es el que produce el "odio" y el malestar, y esta sensación no es exclusiva del médico, sino también del paciente.

Lo que sucede en la consulta.

Intentaremos realizar une descripción de algunas situaciones que ocurren en una consulta más o menos típica con un paciente odioso: un paciente típicamente somatizador.

Estos "signos" o situaciones fueron descritos por Balint y nos permiten reconocer cuándo estamos frente a un paciente difícil que puede generarnos malestar. ¿Cuál es el motivo de consulta de estos pacientes? Puede haber un único o principal motivo de consulta, pero si uno los deja hablar, consultan por todo. Hablan permanentemente, todo el tiempo y sin parar. Invaden todo el ámbito de la consulta y van pasando de un tema a otro sin interrupción, sin separación definida entre ellos. Pero, ¿de qué hablan? Son poco claros, expresan sus quejas y sus síntomas sin pensar. El contenido es, en esencia una queja que se le deposita al médico. Estas quejas pueden ir desde síntomas somáticos hasta problemas con el sistema de salud o sociales, y se extiende mucho en la descripción de éstos (puede llegar a dar detalles fantásticos acerca de ellos).

Los médicos suelen decir que han explicado con claridad a estos pacientes el origen de sus síntomas (si es que esta explicación existe), pero luego, cuando vuelven a las siguientes consultas, ocurre con frecuencia que la explicación fue clara solo para el médico, pero no para el paciente.

Esta dificultad en la comunicación sucede muchas veces con cualquier tipo de paciente, sea porque el médico no explica con suficiente claridad lo que piensa(o no lo tiene muy claro) o porque está comunicando algo que el paciente no está preparado para oír (por ej., una enfermedad maligna). Pero en estos sujetos se observa una forma muy particular de malentendido que, incluso, se extiende a otros campos o áreas.

Los pacientes "odiosos" muestran, por lo general, cierta dificultad para aceptar cualquier exigencia a la que se los someta.

Ejemplo: si el médico les pide que asocien sus síntomas con alguna circunstancia particular en la que éstos se producen, por lo general no pueden hacerlo, y se limitan a repetir la descripción del síntoma.

Esto está relacionado con lo que algunos autores denominan pensamiento de tipo operatorio. Son pacientes que poseen una forma de pensamiento muy concreto y con poca capacidad de abstracción; esto produce cierta discrepancia entre lo que dice el médico y lo que entiende el paciente, ya que, para cada uno, las palabras tienen significados distintos lo que dificulta al paciente la elaboración de ciertos conceptos. Para que una intervención verbal o no verbal (mensaje) de una persona pueda influir en otra, debe existir acuerdo entre los significados de las palabras (código).

Entonces podemos darnos cuenta, de por qué algunas intervenciones realizadas por el médico y que van más allá de lo demandado por el paciente, son vividas por él como ataques, agresiones.

Ejemplo: "no me diga que es psicológico porque estoy seguro de que tengo algo", u "otra vez me va a decir que es psicológico". A veces, también puede observarse un sentimiento de vacío o apatía frente a lo planteado.

Siguiendo con este razonamiento, entendemos por qué ante cualquier frustración (en este caso, infligida por el médico o el sistema de salud) estos pacientes sienten que se debió a negligencia o a mala intención. Como la cantidad de frustraciones médicas en estos pacientes es muy grande, el médico siente que no puede hacer nada por ellos, quienes a su vez, demandan cada vez más soluciones (que quizá nunca llegarán) o estudios para averiguar qué enfermedad tienen. Este fenómeno da lugar a lo que se llama "avidez" o "voracidad" por parte del paciente.

Por otra parte, si el médico provee lo que el paciente necesita, éste lo da por descontado (no valora), por lo que el hecho pierde valor como prueba de destreza; esto conduce a que el médico se sienta cada vez más impotente y pierda, de a poco, su lugar terapéutico y su distancia instrumental, que es aquella en la que uno está lo bastante cerca como para no verse envuelto en él. Al perder esa distancia, comienza una espiral de intervenciones para intentar eliminar los síntomas, lo que llamamos el "furor de curar" y que se expresa a través de pedidos de estudios innecesarios o de derivaciones a distintos especialistas que tienen como objetivo el intento de expulsar al paciente del consultorio.

Puede suceder que en este momento de la relación médico-paciente, probablemente el peor según el médico, el paciente llegue a la consulta con un regalo. Este regalo no tiene el mismo sentido que el que puede realizar un paciente con el que se tiene una buena relación y que lo hace por agradecimiento. El regalo del paciente odioso se parece más a un soborno o a una mordaza que surge en el momento en que el paciente siente que está por quedarse sin médico. De este modo, logra que, a pesar de la aparente falta de resultados, el médico lo siga atendiendo; vale decir, que pueda seguir quejándose.

Lo que le sucede al médico.

Para los médicos, estos pacientes son una herida en su orgullo, en su ego, ya que no se comportan como "buenos" enfermos, no agradecen, no adulan, no responden y se resisten a ser curados. Esto se contrapone de plano con la formación clásica de los médi-

cos, a quienes se les ha enseñado a curar a las personas, pero no a entenderlas. ¿Cómo entender a alguien que tiene síntomas que no son lógicos en su organicidad, que no se cura, que pide más y más estudios y que no acepta las explicaciones que se le dan? ¿Cómo entender a alguien que, a pesar de quejarse porque no se le resuelven los problemas que padecen, continúa acudiendo a tenderse con el mismo médico?

A los médicos nos molestan los reclamos y las quejas de los pacientes, ya que no nos enseñan a tratar con ellos. Por otra parte, ocupamos un lugar claro en la consulta, que es el que nos enseñaron, el que socialmente es respetado y en el que nos sentimos cómodos.

Como ya hemos visto, éstos son pacientes que sacan permanentemente de su lugar al médico (aunque en apariencia lo traten con reverencia o como a un gran profesor). El médico puede sentir que podría ser él (el paciente) o cualquier otra persona la que ayude a resolver el problema o bien, lo que es lo peor, puede sentir que "nadie" podrá resolver el problema del paciente.

Lo que le sucede al paciente.

Es muy difícil plantear qué les sucede a estas personas, ya que este grupo incluye todo tipo de personalidades y estructuras psíquicas. Sin embargo, se puede decir que entre el 60 y el 80 % de los pacientes odiosos tiene trastornos depresivos o de ansiedad.

Si bien la depresión puede ser muy sintomática y de fácil diagnóstico, la gran mayoría de los pacientes la presentan en forma oligosintomática, solapada, poco florida y, por lo tanto de difícil diagnóstico y reconocimiento por parte del médico y del paciente.

Existe un concepto de un autor inglés, Balint, que si bien es mucho más profundo que lo que se trata en este texto, tiene la virtud de ser muy ilustrativo: el de la "falta básica". Planteaba que estos pacientes no son como la mayoría, que vienen por algo, se les da y se van.

Estos pacientes vienen por "todo". Parece que, en su manera de buscar, estuvieran tratando de encontrar algo muy lejano y muy distinto de lo que piden. Es como si les faltara algo vital, algo básico en sus vidas que hace que deambulen por todos lados buscándolo. Quizás a todos los sujetos nos pasa lo mismo, pero la gran mayoría encuentra objetos con qué reemplazar eso que les "falta": su pareja, amigos, trabajo, hijos, diversiones, etc.

Los pacientes de los que estamos hablando, en cambio, no encuentran nada que llene ese vacío, esa "falta básica".

Aproximación Terapéutica.

Después de la descripción de un paciente tan complejo y desagradable (quizás ésta sea la palabra indicada), se hace necesario plantear nuevamente porqué hay que aprender a tratarlo.

HHHHEn el ámbito de la atención médica primaria, uno de cada seis

pacientes que se atienden 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 hace más satisfactorio el trabajo.

El segundo motivo, no menos importante, es la salud de los pacientes. Éstos 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. Con respecto a la aproximación de la consulta, es difícil decir qué 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.

- · Descartar las patologías "orgánicas".
- 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 los problemas como enteramente psicológicos.
- Evitar el furor de curar.
- Evitar las indicaciones intempestivas de psicoterapia.
- · Evitar pelearse con los pacientes.
- Encontrarle el lado atractivo al paciente: lo más importante pero nada fácil, es lograr transformar a este paciente que nos genera odio en alguien digno de ser tratado, en alguien querible en los términos en que uno quiere a los pacientes.

En resumen, 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 en salud mental y/o con psicoterapeutas que poseen experiencia en familias y en atención primaria.

Bibliografía.

Barsky J, Borus J. Functional Somatic Syndromes. Annals of Internal Medicine. 1999 June 1; 130:910-21.

Coulehan J, Block M. The medical interview: a primer for students of the art. 2nd ed. Chapter 10. The difficult interview. Personality styles and feelings. p. 227-250.

Coulehan J, Block M. The medical interview: a primer for students of the art. 2nd ed. Chapter 11. The difficult interview: somatization. p. 251-263.

Frances A, Pincus H, First M, editors. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Pichot P, coordinador de la edición española. Masson; 1995.

Jackson J, Kroenke K. Difficult patients encounters in the ambulatory clinic. Clinical predictors and outcomes. Arch Intern Med 1999;159:1069:1075.

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. p. 251-274.

CAPÍTULO XXIV

Comunicación de malas noticias

Dr. Andrés Szwako

Comunicar malas noticias es, probablemente, una de las tareas más difíciles que deben enfrentar los profesionales de la salud, y en el caso del Médico de Familia, es una tarea que ninguno podrá evitar, ya que siendo el medico de confianza o de cabecera, será el encargado de ello y esto puede ser un motivo de gran ansiedad para el profesional. Los receptores de las malas noticias, pacientes o familiares de pacientes, difícilmente olvidan dónde, cuándo y cómo les fue comunicada una mala noticia. Es así que resulta imprescindible que los profesionales involucrados en estos procesos reciban educación y entrenamiento para adquirir habilidades para desarrollar una comunicación eficiente de malas noticias.

La comunicación de malas noticias no es solo la transmisión de información, sino que es un proceso, por lo que debemos distinguir entre comunicación e información para ayudar a asimilar mejor este suceso.

Una de las principales diferencias es que en el caso de comunicación nos intentamos poner en la situación del paciente (empáticamente) en el caso de la comunicación de malas noticias médicas.

¿Qué son malas noticias?

Se Podría definir mala noticia como aquella que drástica y negativamente altera la perspectiva del paciente en relación con su futuro. De esto se deduce que lo malo de la noticia depende de cuál es la perspectiva del paciente en relación con su futuro, perspectiva única e individual. Las malas noticias suelen vincularse a situaciones terminales, pero incluyen otras, como informarle a una embarazada el hallazgo de una malformación en su hijo o a una adolescente con polidipsia, poliuria y pérdida de peso que padece diabetes. Además, un momento inadecuado podría ser otro ejemplo de mala noticia, como la necesidad de una angioplastia durante la semana del casamiento de una hija, o una incompatibilidad laboral, como el diagnóstico de temblor esencial en un cirujano cardiovascular. Otro ejemplo puede ser también el hecho de que un tratamiento no está teniendo una buena respuesta, o la imposibilidad de realizar el tratamiento por alguna contraindicación especifica.

Existen varios factores que influyen en la comunicación de las malas noticias, entre ellos están, los factores sociales, factores del paciente y factores del medico.

Los factores sociales tienen una influencia interesante, ya que el concepto generalizado es estar sano, joven y con dinero. Si la noticia, por ejemplo, es que está enfermo de algo, le estamos comunicando que su valor social disminuye. Esto no implica que sea verdad, solo se menciona la visión general de las naciones desarrolladas.

Los factores del paciente, son especialmente los impactos que puede relacionarse con una enfermedad que acaba de diagnosticársele. Así, muchos pacientes asumen ciertas enfermedades con mucha tranquilidad.

Entre los factores médicos están el miedo de causar dolor: lamentablemente, no existen anestésicos ni analgésicos para aliviar el dolor que provocan las malas noticias; el dolor empático: estamos experimentando la contraparte de la experiencia del paciente; el miedo de ser culpado por la noticia; el miedo a la falla terapéutica; el miedo legal (judicialización del problema); el miedo de decir no sé: no estamos educados para decir no sé. Creemos que nos desvalorizamos si debemos afirmar esto. La honestidad mostrada por los profesionales durante una entrevista aumenta la credibilidad y es un factor fortalecedor de la relación; el miedo de expresar emociones; y el miedo de la propia muerte.

Es importante saber como dar malas noticias, ya que la forma en que se dan las malas noticias influye significativamente en la percepción que tiene el paciente de su enfermedad, en la relación médico-paciente a largo plazo y en la satisfacción de ambos, paciente y médico. Algunos autores han demostrado que los pacientes muestran más sentimientos de angustia ante los médicos que les dieron las malas noticias de forma, a su entender, inapropiada. Tanto los residentes como los médicos en ejercicio han mostrado tener una falta de confianza y de destreza a la hora de realizar esta habilidad clínica básica.

Los mayores motivos que aducen los médicos para justificar la falta de habilidad y confianza a la hora de dar malas noticias consiste en el hecho de no haber recibido ninguna formación específica sobre cómo comunicar eficazmente las malas noticias. En nuestro entorno, la mayor parte de los médicos aprenden a dar malas noticias por su cuenta, por el método de ensayo y error y, quizás, viendo actuar a otros médicos. Por el contrario, cuando se aprende a dar las malas noticias de forma estructurada, se mejora la capacidad de dar malas noticias de forma eficaz.

Al recibir una mala noticia, el paciente comúnmente pasa por varias etapas, según la Dra. Ross. Esas etapas no siempre se cumplen en orden secuencial y no siempre se completan, pero es interesante co-

Etapas al recibir una Mala Noticia • Aguda: • Crónica • Terminal Que se puede dividir en: - Negación - Ira - Pacto

nocerlas.

Algunas Recomendaciones

A continuación, tenemos algunas recomendaciones que deja la Dra. Cecilia Calvo, en el libro Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria.

Escuchar: incluye una serie de factores, como la actitud corporal, el espacio que damos a la palabra del paciente, los gestos de afecto, el silencio en su justa medida, darle esa confianza, empatía, al paciente, entre otras cosas, facilitan una escucha adecuada.

Si el paciente hace alguna pregunta difícil de contestar, a veces es mejor responder con otra pregunta. Ej: Cuanto tiempo de vida tengo?. – entonces- por que lo pregunta? o, que esta pensando?.

Muchas veces es mejor no dar pronósticos de tiempo. Ej: con esta enfermedad le quedarían unos 6 meses de vida. Debemos ser reales, pero no debemos negar la esperanza totalmente, aunque sepamos que es asi.

Debemos asegurarle al paciente que será atendido y apoyado en todo momento de su enfermedad, asi como que tendrá el apoyo de su familia.

En la entrevista, hay que cuidar la privacidad; preguntarle al paciente si quiere que esté presente alguien en las entrevistas (porque raramente se hace en una sola); mantenga siempre el contacto visual, trate de que no hayan interrupciones, y es recomendable iniciar la conversación con una pregunta abierta.

Necesitamos conocer cuanto sabe el paciente sobre la enfermedad que tiene, y también cuanto quiere saber el paciente, ya que algunos no querrán saber mucho.

Usar lenguaje compresible para el paciente, no debemos utilizar palabras técnicas para explicar, ya que eso llevaría a confusiones. Si es posible, se puede preguntar al paciente si entendió el mensaje. Ademas, nunca debemos utilizar la brusquedad excesiva para dar noticias malas.

Hacerle conocer el plan de seguimiento es muy importante, ya que con esto, los pacientes tendrán por seguro el cuidado y apoyo durante el proceso de su enfermedad.

Evitar lo que es conocido como "conspiración del silencio", que se produce cuando la información que debe darse al paciente, es bloqueada por otra persona, habitualmente un familiar cercano y querido, ya que éste (el familiar) considera que es mejor que el paciente no conozca la información real de su situación. Esto sucede cuando el familiar quiere proteger al enfermo mediante el desconocimiento de la verdad, es habitual que estos familiares manifiesten que conocen bien al paciente, y que éste, no toleraría la verdad. Para modificar esta "conspiración de silencio", es mejor negociar con la persona que intenta ocultar y no oponerse terminantemente. Se le debe explicar los beneficios de no negar información al paciente, y se debe asegurar

que no se le dará información innecesaria. Existe también un modelo esquemático, conocido como EPICEE, para

Protocolo EPICEE

- · Entorno
- Privacidad, tiempo suficiente, no interrupciones
- · Percepción del paciente
- Conocer que sabe el paciente
- Invitación
- Averiguar hasta donde quiere saber el paciente
- Conocimiento
- Explicar al paciente sin términos médicos.

En todas las fases. Entender las emociones.

- Empatia
- Estrategia
 Formular un plan de seguimiento.

dar malas noticias.

Como conclusión, debemos saber que la manera en que damos las malas noticias afecta la capacidad de afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y su familia, sin hablar de la satisfacción con la atención sanitaria y, especialmente, con el médico.

Bibliografía.

- 1) Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Rubinstein Adolfo y Colaboradores. 1ra Edición. Editorial Panamericana.
- 2) Alves de Lima, A; Como comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento. Revista Argentina de Cardiología. VOL 71, N° 3. Mayo-Junio 2003.
- 3) Rodríguez, J; La comunicación de malas noticias. Disponible en: www.ehu.es/yvwcaroa/doc/sovpalXIVcurso/Capitulo02.pdf

CAPÍTULO XXV

Medicira basada en evidenca

Dra. Diana Yuruhan

La Medicina Basada en la Evidencia es el cuidado de los pacientes realizado usando la mejor evidencia disponible resultante de la investigación a través de guías médicas.

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.

El término de Medicina Basada en la evidencia fue acuñado en Canadá en los años 80 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. 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, explicito 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 práctica médica supone tomar decisiones constantemente y muchas veces la formación académica recibida no es suficiente o ya está desactualizada. Existe información suficiente disponible, pero de acuerdo a un artículo publicado por JAMA en 2001 para mantenerse actualizado un médico debería leer 20 artículos diarios. Para paliar esta dificultad la Medicina Basada en la Evidencia ofrece guías clínicas y recomendaciones para su uso.

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.

¿Como 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.

2. Localizar las pruebas disponibles en la literatura.

La búsqueda de la literatura relevante a la pregunta se realiza en bases de datos bibliográficas, de las cuales la más utilizada y conocida es MEDLINE. Hoy en día es fácil acceder a esta base de datos en formato CD-ROM o a través de Internet. Las destreza necesaria para su uso se puede adquirir con un breve entrenamiento o recurriendo a los servicios de un bibliotecario especializado.

3. Evaluación critica de la literatura médica o de las pruebas.

El tercer paso es evaluar los documentos encontrados para determinar su validez (cercanía a la realidad) y utilidad (aplicabilidad clínica). A pesar de la gran proliferación de la literatura médica, pocos son los artículos relevantes o que presentan una metodología rigurosa. Estimar críticamente la validez y utilidad de los resultados descritos, es una tarea que debe realizarse cuando se quieren aplicar éstos a la práctica. Para el médico de atención primaria son especialmente útiles las revisiones sistemáticas, metanálisis y guías de práctica clínica de calidad, ya que nos evitan la tarea de recolectar toda la literatura relevante

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 la expectativas y preferencias del paciente.

Problema Clínico
Formular pregunta
Buscar la evidencia
Valoración crítica
Aplicarla a la práctica

Para la implementación de las guías se requiere experiencia clínica y formar habilidades que permitan la búsqueda efectiva de material bibliográfico. Ayuda a dilucidar:

- · Hallazgos clínicos.
- Etiología.
- · Diagnostico.
- · Diagnostico diferencial.
- Pronostico.
- · Tratamiento.
- Medidas preventivas.

El volumen de información disponible para las ciencias de la salud crece en forma exponencial y el medico debe reconocer la mejor decisión para cada caso. La Medicina Basada en la Evidencia ayuda a los profesionales a superar esta barrera y a seleccionar los estudios

Manual de Medicina Familiar

de mas calidad, jerarquizarlos y elaborar material que facilite su tarea.

Los requisitos para una búsqueda útil de la información para los médicos son:

- Acceso rápido y que las respuestas puedan ser halladas con prontitud.
- · Que sea dirigida a un tema clínico específico.
- Que sea móvil, que el acceso sea desde donde se encuentra el médico.
- · Que la información obtenida sea la mejor posible.

El principal inconveniente que presenta la Medicina Basada en la Evidencia es que precisa de un aprendizaje previo en epidemiología, estadística y metodología de la investigación.

Algunas fuentes que incluyen estos criterios son:

- UpToDate donde editores y autores realizan una compilación periódica de la información y con comentarios.
- ACP Journal Club es publicado cada 2 meses por el Colegio Americano de Medicos. www.acpc.org
- Journal Watch publicado mensualmente, que revisa y comenta los artículos recientes.
- Biblioteca Cochrane: es una colección de revisiones sistematicas que incluye artículos con criterio metodológico y comentarios, www. cochrane.org
- Fisterra: único en español, posee una guía completa para ser usado como ayuda en la toma de decisiones. www.fisterra.com
- DynaMed: posee información ordenada por orden alfabético por categoría o por términos.
- Clinical evidence: hecho por British Medical Journal, es un compendio de revisiones sistemáticas de evidencia y de intervención terapéutica, www.clinicalevidence.com
- Medline: es especialmente útil para reportes de casos raros o efectos colaterales raros de los medicamentos, www.ncbi.nlm.nih.gov
- Sitios web como www.cdc.gov www.guideline.gov
- Revista Bandolier.

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

CAPÍTULO XXVI

Hattisosaventeesentinteinet

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 NETS-CAPE) 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: "Escepticemia: 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 ca-

lidad en la red.

Normas para los sitios Web de las AMA

- · Principios del contenido
- · Principios para los anuncios y patrocinio
- Principios para la privacidad y la confiabilidad
- · Principio para el comercio electrónico

Estos principios están en el siguiente cuadro: *I. Principios del Contenido*

Definición de contenido

Se define como todo el material (incluido el texto, los gráficos, los cuadros, las ecuacio-

nes, el audio y el video) y los íconos direccionales de los menúes, 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, asi 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.

Otros criterios para evaluar sitios Web

Jim Kapoun, de la Universidad de Southwest State, publicó en College and Research Libraries News, un cuadro muy útil para explicar los criterios que él emplea para evaluar un sitio web:

Cinco criterios para evaluar páginas Web

- 1. Exactitud
- 2. Autor del documento
- 3. Objetividad
- 4. Actualidad
- 5. Cobertura

- Exactitud.
- Si la página relaciona al autor y a la institución que publica la página y suministra la forma de contactar con ellos.
- · Autor.

Si la página menciona las características del autor. Es preferible que esté en el dominio (.edu, .gov, .org, o .net) o cualquier otro oficial.

· Objetividad.

Si la página ofrece información exacta con pocos anuncios y es objetiva en la presentación de la información.

Actualidad.

Si la página se actualiza regularmente (como se establece en la página) y los enlaces si lo son también.

Cobertura.

Si la información puede verse apropiadamente y no está limitada por cobros, tecnología de los navegadores o requerimientos de software. Por otro lado, también podemos citar algunos "errores" o dificultades a la hora de desarrollar o buscar una página determinada.

Errores en el desarrollo de una página Web según Nielsen

- · Uso de frames.
- · Tecnología inadecuada.
- · Debido a la facilidad de adquisición.
- · Páginas muy largas.
- · Exceso de animaciones.
- Direcciones electrónicas complejas.
- · Páginas sueltas.
- · Falta de apoyo para la navegación.
- · Enlaces sin uniformidad de colores
- · Información sin actualizar.
- · Páginas que demoran mucho en bajar.

Sería interminable citar todas las páginas médicas, pero estas son algunas páginas web de interés medico:

www.spmf.org.py de la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar. www.aafp.org de la Sociedad América de Médicos de Familia. www.stfm.org Sociedad Americana de Profesores de Medicina Familiar www.fcm.unc.edu.ar/biblio/ Biblioteca de la FCM UNC Córdoba. Argentina

www.ama-med.org.ar/biblioteca.asp Asociación Médica Argentina www.sld.cu/sitios/bmn/ Biblioteca Medica Nacional. Cuba http://fcm.uncu.edu.ar/index4-Biblioteca.php?pagina=ayuda Biblioteca de la FCM de Cuyo Argentina

www.medschl.cam.ac.uk/library/library.html Biblioteca de la Universidad de Cambridge

www.welch.jhu.edu Biblioteca de la Universidad de Jhons Hopkins www.med.yale.edu/library/historical Biblioteca de la Universidad de Yale www.mclibrary.duke.edu Biblioteca de la Universidad de Duke 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.

www.annfammed.org/ Revista Anales de Medicina Familiar de la Asociación Americana de Medicina Familiar.

http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_home.home Revistas de Medicina en Atención Primaria.

http://www.thelancet.com/ Revista The Lancet.

Manual de Medicina Familiar

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.psiquiatriaparaguaya.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 Aíres. 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=S1024-9435200200500005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-9435200200500005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-9435200200500005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-9435200200500005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-9435200200500005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-9435200200500005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-9435200200500005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-9435200200500005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-9435200200500005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-943520020050005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-943520020050005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-943520020050005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-943520020050005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-943520020050005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-943520020050005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-943520020050005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-943520020050005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-9435200200500050005&Ing=es&nrm=iso>">http://scielo.sld.cu/scielo.phpp

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

CAPÍTULO XXVII

loma de deds ones en medicha Familiar

Dr. Oscar Cabral

Pruebas Diagnósticas

"El diagnóstico de la enfermedad es a menudo fácil, con frecuencia difícil y a veces imposible" - Peter Mere Latan.

En la solución de los problemas, la exploración dirigida tiene como propósitos probar y dar validez a las hipótesis del médico y descubrir indicios nuevos e inesperados, para ello se recurre a las pruebas diagnósticas.

¿Pero qué pruebas utilizar?

La tecnología del tercer milenio nos brinda un amplio abanico de métodos diagnósticos, para seleccionarlos debemos basarnos en:

- a. Sensibilidad, especificidad y valor predictivo
- b. Estimación respecto al riesgo y beneficio que tales pruebas acarrean.

Características operativas de una prueba diagnóstica

- LA SENSIBILIDAD mide la capacidad de una prueba para identificar a los pacientes que tienen una enfermedad dada al indicarnos el porcentaje de pacientes con esa enfermedad que tienen en dicha prueba (resultados anormales - positivos).
- LA ESPECIFICIDAD mide la capacidad de un prueba para identificar a las personas que no tienen una enfermedad al indicarnos el porcentaje de pacientes que no sufren esa enfermedad y tienen un resultado normal - negativo - en la prueba.

La prueba ideal (Gold Standard) debería tener 100% de sensibilidad y 100% de especificidad. Lamentablemente no existe. Ninguna prueba llena estas condiciones. Las recientes ediciones de los textos de Medicina cuentan con valiosos datos relacionados a los valores de sensibilidad y especificidad expresados en porcentajes válidos para su aplicación en la práctica.

Si todo resultado anormal (positivo) confirmara la presencia de la enfermedad y todo resultado normal (negativo en la prueba) la descartara, sería ideal y facilitaría enormemente la tarea diagnóstica que no siempre es posible, pues existen falsos positivos (resultados anormales en pacientes sanos) y falsos negativos (resultados normales en pacientes enfermos) por lo tanto se toman decisiones en condiciones de extrema incertidumbre (Principio de incertidumbre de Heisemberg en la Física Cuántica).

Ej: Tomemos el caso de la Sífilis y el V.D.R.L. Lo ideal seria que si el resultado de la VDRL es positivo, confirmemos la enfermedad y si es negativo la descartemos totalmente. Pero no es así, porque existen casos en los que el resultado es positivo y aun así no confirmamos la enfermedad y también casos en que es negativo y no podemos descartar totalmente la enfermedad.

Valores Predictivos

- Dado que un diagnóstico es una estimación probabilística, el propósito de efectuar una prueba diagnóstica es obtener información nueva que cambie (ó revise) la previa estimación de probabilidad de la enfermedad:
- Una prueba positiva resulta en una probabilidad post- prueba mayor a la probabilidad pre - prueba.
- Una prueba negativa resulta en una probabilidad post- prueba menor a la probabilidad pre prueba.

Valor Predictivo

- El valor predictivo es la probabilidad post prueba de enfermedad.
- VALOR PREDICTIVO POSITIVO VP+ es la probabilidad que un paciente con un resultado anormal – positivo – de la prueba tiene la enfermedad en estudio.
- VALOR PREDICTIVO NEGATIVO VP- es la probabilidad que un paciente con un resultado normal – negativo – no tiene la enfermedad en estudio.

La Anormalidad

Hay muchas maneras de definir la "normalidad" y la "anormalidad "del resultado de una prueba diagnóstica. Puede definirse en forma estadística es decir valores que caen dentro de 2 desviaciones estándar (+2 ó - 2) del promedio de resultados obtenidos al efectuar una prueba en una población de individuos sanos.

Implicancias

La Sensibilidad de las pruebas varia ampliamente según las diferentes etapas de la enfermedad y los médicos tienen una responsabilidad específica en el diagnóstico precoz, es necesario que éstos conozcan muy bien la sensibilidad menor de las pruebas en la etapa inicial y cuanto más avanzada la enfermedad, más sensible es la prueba.

La Incidencia y la Prevalencia de una enfermedad en la población de un consultorio de medicina general son muy diferentes de las observadas en la de los hospitales ó clínicas especializadas, se deduce que el valor predictivo de las pruebas es muy diferente del de otros campos de la medicina. En un servicio de Neurología el porcentaje de cefalea y tumor cerebral es del 10% y en el consultorio de medicina general es 0,4 %.

Beneficios - Costos - Riesgos

Evaluar el beneficio frente a costos y riesgos

- a. El Beneficio: no incluye sólo la utilidad para comprobar ó descartar la hipótesis, sino hasta qué punto los resultados obtenidos pueden hacer cambiar el plan de manejo.
- b. El Costo: Cuidar el uso de los recursos del paciente, ecografía vs. tomografía en la patología de las vías biliares.
- c. Riesgos: radiografías contrastadas.

El punto final de la Exploración

- Tradicionalmente ha sido el diagnóstico. Pero en la práctica esto no es siempre factible, la estadística en Medicina Familiar es de que aproximadamente sólo en un 50% se llega al diagnóstico.
- El punto final de una exploración en cada caso particular es el momento en el cual el médico cuenta con suficiente información como para tomar una decisión que no implique un riesgo innecesario para el paciente.
- El punto final puede ser referir al paciente a un especialista.

Factores Institucionales

Al decidir la estrategia de exploración puede que el médico esté muy influido por las normas institucionales: a. Todos los pacientes con accidentes cerebrovasculares deben ser sometidos a un angiograma cerebral (beneficios, costos riesgos?). b. Todos los pacientes con sospecha de apendicitis aguda deben ser sometidos a una ecografía (cuando los estudios demuestran poca sensibilidad y especificidad de la misma en dicha patología) ó evitar al máximo los estudios complementarios.

Expectativas del Paciente

Los pacientes exigen ciertos exámenes porque han leído algunos artículos médicos en los periódicos ó han oído hablar de ellos, piensan que de ese modo están ejerciendo sus derechos como consumidores (asegurados). El médico difícilmente podrá oponerse a esas demandas, aunque no tengan justificación lógica.

Miedo a problemas legales

El gran aumento del número de demandas judiciales por "mala praxis" médica ha estimulado la exploración excesiva por parte de los médicos así como la medicación aún en casos que no la ameritan.

CAPÍTUI O XXVIII

Gestlón de salud v Medich a Familian

Dr. Raúl Ramírez Nizza

En este capitulo tendremos como objetivos: describir los elementos de la gestión en salud y cómo la especialidad tiene un rol clave y útil en la misma.

La Gestión y los modelos de salud

Un modelo de salud es el resultado de una decisión política que determina qué y cómo se utilizaran los recursos para la atención de los riesgos de salud y la enfermedad de la población. Este modelo puede ser más o menos eficiente de acuerdo a sus resultados. Aun así es la gestión adecuada la que optimizara el uso de los recursos para lograr un mejor aprovechamiento con mayor eficacia y eficiencia.

Martín Zurró (ATENCIÓN PRIMARIA, Ediciones Mosby y Doyma, 3era. Edición, 1994) en su capítulo sobre los Sistemas Sanitarios cita algunos de los factores que influyen sobre la gestión como ser: el sistema sanitario, el nivel de centralización de las decisiones, la financiación, los fines de la organización, etc, y explica que gran parte de la reforma sanitaria en los diferentes países se dirige a la modificación de la estructura y de los modos de gestión, en la creencia que buena parte de los resultados dependen de cómo esta el sistema gestionado.

La salud es un bien social donde cada persona a más de consumidor es un responsable, puesto que la mala salud implica costos financieros y productivos. Una mala atención producirá gastos excesivos que harán perder recursos. De allí que donde el individuo y la población tienen una participación con la autogestión los resultados son mejores, ejemplo de ello tenemos en nuestro país en la Colonia Fram, en el Departamento de Itapua.

Los servicios de salud pueden organizarse de diferentes maneras, desde aquellos donde el sector privado y el público ofrecen la atención en forma independiente como en el nuestro, haciéndola fragmentada y segmentada; hasta aquellos donde el Estado es el único proveedor como en el modelo cubano. Entre ambos extremos existen sistemas donde el rol del Estado se ajusta a ser un ente regulador distribuidor de recursos y supervisor para que exista equidad y la universalidad de la atención como actualmente lo es el modelo brasilero (BBL www. saude.gov.br), donde la autogestión comunitaria municipal juega un rol determinante para el buen funcionamiento del sistema.

Según la OMS, la eficacia en función del costo es un parámetro importante para evaluar un sistema de salud (bbl http://www.ias-uchile.

cl/files/biblioteca/gestion.pdf, pag 16), la equidad como parte de la universalidad de la atención no será posible sin una buena gestión donde los sanos subsidien a los enfermos y los que tienen más recursos los hagan con los que tengan menos haciendo un sistema más justo en su distribución. En nuestro país existen cooperativas como las del Chaco donde se da este hecho.

La Gestión de salud y el medico de familia

Para comprender aún más la importancia de este capítulo repasemos la definición que hace el conocido diccionario de difusión masiva Wikipedia (BBL http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_familiar) del médico de familia, donde coincidiendo con muchas otras definiciones, vemos que es un rol esperado el hacer gestión de salud: "El médico del primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía menor o procedimientos invasivos), experto en la consulta externa, con atención continua, intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción (sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de ir del individuo, a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales (Medicina Integral), además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (Medicina Integrada), intercesor y abogado del paciente (Gerente de los recursos de salud), con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo-efectivas (Medicina Costo - Efectiva)....."

Reflexionando sobre esta definición podemos ver la necesidad de incluir competencias que hacen a la gestión de salud en la formación de cada Médico de Familia para el cumplimiento satisfactorio y adecuado del rol que hoy en día se nos asigna en la comunidad y en los equipos de salud.

Sobre la Gestión Administrativa de la Medicina Familiar en la Revista Cubana de Medicina General Integral (versión on line V. 19 n. 4, ciudad de la Habana jul-agosto 2003), Maria del Carmen Amaro Cano expone las capacidades que hemos de desarrollar acorde con los requisitos que la Organización Mundial de la Salud establece para la eficiencia: accesibilidad, atención continuada e integral, actividad en equipo, participación comunitaria y la atención donde viven las personas. Estas capacidades son:

- Visión del servicio.
- · Establecimiento de altos estándares de calidad.
- Liderazgo sobre el terreno.
- Integridad.
- Trabajar por la calidad total, es decir, buscar la eficacia, eficiencia y efectividad
- La capacitación en comunicación social a todos los miembros del equipo sanitario, de modo que pueda mantenerse un adecuado nivel de comunicación permanente con los clientes para saber sus opiniones sobre los servicios y profesionales y técnicos de la salud que les brindan atención.

- -El establecimiento de normas de calidad orientadas hacia los usuarios, en lugar de estar orientadas hacia el interior de la institución y sus profesionales y trabajadores.
- · La promoción del trabajo en equipo.
- · Sistemas adecuados de supervisión y control.
- Ubicación de la tecnología moderna necesaria en el nivel primario de atención.
- Desarrollar las habilidades necesarias para la elaboración del análisis de la situación de salud, que es la investigación clínica, epidemiológica y social más importante que se realiza en el Sistema Nacional de salud."

UNA PROPUESTA DE GESTION DE SALUD con un enfoque BIOPSI-COSOCIAL. Empecemos definiendo que se entiende por GESTION: constituye el conjunto de acciones de planificación, implementación, control y seguimiento para el logro de un objetivo específico.

Siguiendo este marco podemos decir que la gestión de salud se refiere a todas las acciones ejecutadas para lograr que la salud de una persona, de una comunidad, de una nación.

En la Medicina Familiar utilizando el enfoque Biopsicosocial podemos realizar la gestión en los distintos niveles desde el individual hasta el comunitario pasando por el familiar utilizando herramientas diarias de la especialidad, veamos algunas aplicaciones:

Empecemos por el contexto individual: siendo nuestro objetivo el mantener sano a nuestro paciente nuestras acciones de planificación van encaminadas hacia la prevención en los distintos niveles de acuerdo a la lista de problemas que identificamos en la consulta. La implementación la realizamos al tener una ficha clínica de seguimiento donde utilizando la lista de problemas vamos ocupandonos de cada punto a la vez que podemos incorporar otro instrumento como la hoja de control preventivo de salud; finalmente el seguimiento y control de los resultados lo realizamos a través de la atención continua a lo largo del ciclo vital del paciente, lo cual constituye uno de nuestros principios y habilidades.

En el contexto de la Familia la gestión de salud aplicada podría ser de la siguiente manera: empezaríamos por la planificación de las acciones teniendo una carpeta familiar donde consten: el familigrama para conocer la estructura, el apgar para saber como esta la dinámica familiar, la escala de Holmes para conocer como se encuentra el nivel de estrés, la Hoja de Riesgo de Salud y por supuesto la identificación de las etapas del ciclo vital individual de cada miembro y el ciclo vital familiar del sistema. A partir de este punto podremos hacer un diagnostico con la lista de problemas identificados y posibles, dentro del sistema a la vez que veremos los recursos necesarios para el cuidado de los mismos. Al implementar las acciones lo que haremos será ir evaluando en cada visita los cambios esperados y los nuevos para el mantenimiento de la salud de la familia. Será de utilidad para el seguimiento y control de las acciones el tener metas claras, escritas y conjuntas con la familia y el equipo de salud para cada caso teniendo

en cuenta la complejidad de cada sistema familiar.

La aplicación de la gestión de salud de *una comunidad* se basa en una acción dirigida por una política local, regional o nacional donde los lineamientos de planificación, implementación y control se hallan dadas por estas. En nuestro país a la fecha de elaboración de este material no contamos con ejemplos públicos conocidos no obstante en países vecinos como Argentina, Brasil y Chile la Medicina Familiar ha sido todo un éxito al utilizada como parte de los equipos de Atención Primaria. (Ver capítulo sobre experiencia mundial de la Medicina Familiar).

Gestión de salud, atención primaria y medicina familiar Desde la declaración del Atma Hata (1978) hasta la fecha son muchos los países que la van implementando esta estrategia en la gestión de salud de sus poblaciones.

Es así que en el libro publicado por Barbara Starfield (1998) sobre los resultados de la aplicación de la Atención Primaria de Salud en los países del mundo se evidencia claramente como los indicadores de salud son mejores y los gastos son menores y muestra que en aquellos con un rango inferior al 50% de médicos especialista o mayor al 50% de generalistas se considera indicativo de que el sistema esta orientado hacia dicha estrategia. (Renovando la Atención Primaria de Salud, N. 4, diciembre 2005, Serie Conmemorativa 25 Años, Ministerio de Salud Pública y Acción Social -OPS – OMS)

Si analizamos cuales son los componentes de la APS y las actividades del médico de familia (ver tabla) podemos comprender porque la especialidad constituye el mejor recurso humano para implementar esta estrategia.

Actividades en Medicina Familiar

- Consejería y / o terapia individual, familiar, grupal, prematrimonial y matrimonial.
- Asesoramiento genético y cuidados prenatales.
- Medicina preventiva clínica y mantenimiento de la salud.
- Terapéutica clínica ambulatoria en las tres esferas.
- Abordaje integral de los problemas de salud
- Atención continua en la consulta externa y cuidados comprehensivos sin distinción de sexo, edad, sistema u órgano afectado o enfermedad.
- Visitas comunitarias, domiciliarias, cuidado en hogares e intrahospitalarias y urgencias médicas.
- Participación y organización de actividades comunitarias en salud y educación comunitaria.
- Participación y organización de actividades docentes para el personal de salud y la comunidad.
- Medicina comunitaria y diagnóstico de salud comunitario.
- Medicina costo efectiva (Uso racional de los recursos).

Recordemos que no basta tener los recursos hace falta la decisión política para implementar esta estrategia, esta es uno de los motivos sobre el porque de resultados tan dispares en salud en los distintos países a la luz de la evidencia.

La especialidad va teniendo un posicionamiento mayor a nivel mun-

dial a partir de una masa crítica que ya hemos alcanzado en distintos países, gracias a la decisión política como es el caso de Canadá y en otros como consecuencia de la demanda para implementación de la APS como es el caso de Brasil.

La Medicina Familiar por definición es la especialidad efectora de la APS, al igual que la mayoría de las demás posee un cuerpo de conocimientos que le es propio así como instrumentos y habilidades que le permiten diferenciarse en el objeto de su práctica (Rubinstein,A. MEDICINA FAMILIAR Y PRACTICA AMBULATORIA, Editorial Panamericana, 2001).

Parte del éxito del médico de familia en la APS es el enfoque epidemiológico en su formación haciendo que sea capaz de resolver los problemas más frecuentes los cuales causan el 80% de las consultas. Robert Taylor en su libro MEDICINA DE FAMILIA, principios y práctica, 5ta. Edición ,2001, cita los problemas de mayor frecuencia observado por los médicos de familia adaptado de la American Academy of Family Physicians: Hipertensión esencial, exámen médico general, Sinusitis Crónica, Infección del tracto respiratorio superior, Bronquitis, Faringitis aguda, Sinusitis Aguda, Otitis Aguda, Diabetes Mellitas, Esquince y sobrecargas de la espalda, Embarazo normal, Asma, Depresión, Control de niño sano, Gastroenteritis o colitis y Dermatitis de contacto y eccema. Estas patologías no son muy diferentes de las mencionadas en otros estudios como el que aparece en el libro de Rubinstein citado anteriormente en la página 10.

Otros enfoques en Gestión de salud

En un artículo del Banco Interamericano de Desarrollo, haciendo alusión a la Gestión de salud en una población de más de 12 millones de personas se menciona la importancia de la tecnología, Eloisa Marques (http://www.iadb.org/idbamerica/index.cfm?thisid=4186) expone: Buena parte de la Gestión de la Salud es establecer un sistema de gestión de información que agilice la atención de los usuarios, haga buen uso de los recursos disponibles y sea fácil de usar. Para atender este reto, en 2004 la Secretaría Municipal de Salud de la ciudad de São Paulo inauguró SIGA Saúde, un sistema integrado de gestión de salud que comprende cuatro componentes principales: historial electrónico de salud, control y organización del flujo de pacientes, gestión de la unidad de salud y conectividad del sistema de salud. (BBI) Revista del Banco interamericano. La gestión de salud empieza en una computadora.

Otro aspecto importante que hace al Médico de Familia como Gestor de Salud es el poseer herramientas adecuadas, un articulo publicado en el Boletín de la Revista Cubana (BBL http://www.gerenciasalud.com/art83.htm) el Dr.Jaime Otero M. escribe la siguiente reflexión: "El problema fundamental es que la Salud no se logra de manera simple y menos de manera espontánea. Hay que trabajar para alcanzarla, para ello deberemos gerenciar los servicios y el producto que se obtenga de este gerenciamiento, será una buena acción de Gestión. Calidad en Salud debe ser alcanzada si deseamos que el gerenciamiento o la gestión en salud que hagamos, tenga buenos resultados. Salud sin

Calidad no es aceptada por las personas.

Gerenciar la salud es utilizar la auditoria dentro de un marco ético provechoso para todos. Saber identificar los problemas de salud más prevalentes y de mayor incidencia, a través de los métodos de identificación como ser el uso de los gráficos de Ishikawa (Espina de Pescado y el Árbol de Problemas) y saber agrupar las causas utilizando los principios de Pareto (el 20% de las causas son generadoras del 80% de los problemas) entre muchas otras herramientas que dispone la gerencia de la salud, permitirá el más adecuado uso de recursos y el máximo aprovechamiento del potencial del recurso humano, factor que nunca podrá ser reemplazado". BBL :Gerencia — Gestión en Salud. Generalidades.

De estas líneas podemos entresacar algunas herramientas necesarias para una adecuada Gestión en Salud que el médico de familia en su formación debe adquirir el conocimiento y las habilidades, como ser: Gerenciamiento, la Calidad y sus herramientas como para el análisis de causas como la espina de pescado de Ishikawa y el agrupamiento de causas con el **principio de Paretto**, las Auditorias, etc..

La autogestión como un nuevo desafío en la salud pública de nuestro país y tiene algunos aspectos a considerar pues distintos contextos pueden tener diferentes acciones. En el proyecto de ley de Autoridad Sanitaria elaborado por el gobierno nacional chileno en el año 2002 (BBI Hacia Nuevo Modelo de Gestión de Salud, Gobierno de Chile, 2002, Contenido del proyecto de ley de Autoridad Sanitaria y Gestión en Salud y Medidas, http://www.ias-uchile.cl/files/biblioteca/gestion. pdf) sobre el nuevo modelo se expone lo siguiente, haciendo alusión a refiriendo se sobre el cambio en la gestión hospitalaria hacia la descentralización lo que leemos a continuación: " en el concepto de autogestión en el contexto de redes de cooperación es clave que vaya en paralelo con el proceso de rediseño y fortalecimiento de sistemas de atención configurados en redes, que potencien economías de escala y la capacidad de colaborar tras objetivos sanitarios públicos, para ello es esencial contar con políticas explícitas, competencias de rectoría y regulación : capacidad de diseñar e implementar sistemas de asignación de recursos que produzcan incentivos adecuados en términos de efectividad sanitaria: capacidad de evaluar como de controlar desempeño tanto de los sistemas como de los establecimientos.

La autogestión supone la capacidad de autocuestinarse (auto-referencia), la capacidad de identificar y corregir errores (auto-regulación), y la capacidad de auto adaptación permanente (auto-organización). Esta es la base de los nuevos principios que deben guiar la descentralización en la gestión hospitalaria en el futura".

Como conclusión quiero recomendar la lectura del articulo on line de la Revista Cubana de Medicina General Integral (V. 19 N. 4, Ciudad de la Habana, julio – agosto 2003), elaborado por María del Carmen Amaro Cano donde se describe in extenso la GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN MEDICINA FAMILIAR, con detalles técnicos útiles para todos aquellos que quieran adquirir conocimientos y habilidades en este tema.

CAPÍTULO XXIX

Nutrición, hábitos saludables

Lic. Elizabeth Biss de Krauch

Existen diversos estados o situaciones sociales que influyen en la selección y compra de los alimentos. Como ejemplo tenemos los que viven solos, los que viven en compañía de otro adulto, sin niños o con niños, padre o madre solteros, familias en las que los dos padre trabajan o pareja en donde solo uno trabaja y el otro queda en la casa.

Las responsabilidades, los horarios prolongados de trabajo, el estrés (justamente debido al exceso de diversos tipos de actividades) influyen en los hábitos alimentarios. El corto tiempo del que se dispone conducirá a patrones de consumo de comidas demasiado procesadas, comidas rápidas con grandes cantidades de grasas, sal y otros aditivos no recomendables para la salud de la familia.

Estas conductas o situaciones conducen a la larga al aumento progresivo del peso corporal, además ya solo se destinará un tiempo mínimo para elaborar comidas caseras.

La adolescencia es uno de los periodos de desarrollo muy importante que nos obliga a tomar determinaciones estrictas para evitar la mala conducta alimentaría. Hay que educar a los niños a no agregar sal a la comida, para que si les toca ser hipertensos algún día, no tengan tanta dificultad en restringir esa ingesta.

Tener en cuenta los cambios bruscos que ocurren durante la adolescencia, justo cuando necesitan grandes demandas de nutrimentos debido al crecimiento físico y el desarrollo.

Algunos factores que pueden influir en el consumo de alimentos. Existen diversos factores, algunos evidentes y otros sutiles que pueden determinar los hábitos alimentarios.

Es importante tener en cuenta que los hábitos, gustos y aversiones se establecen los primeros años y se prolongan hasta la adultez, época especial para la resistencia a los comidas.

El principal factor que influye en el consumo de alimentos durante el crecimiento del niño es el ambienté familiar, las tendencias sociales, los medios de comunicación la presión de los amigos y compañeros de colegio y entre otros, los casos de padecimiento de enfermedades. Los trastornos crónicos como el asma, dificultan la ingesta adecuada de alimentos. Los niños que requieren dietas especiales como por ejemplo los que padecen de la enfermedad celiaca, tienen que limitarse y a la vez adaptarse a los alimentos permitidos y luchar con esa condición ante sus compañeros, amigos e inclusive familiares, que

esta restricción los tendrán por toda la vida.

Actualmente los niños o adultos cuentan con una variedad de posibilidades de alimentos permitidos sin correr el riesgo de desencadenar algunos de los síntomas propios de la enfermedad.

Actividad física

El organismo gasta su energía en la actividad física que cada individuo desarrolla y que varía de acuerdo a la intensidad de esta actividad. También el organismo consume energía en reposo y por el gasto energético al metabolizar los alimentos (efecto térmico de los alimentos). El consumo de energía en reposo es la que se gasta para mantener las funciones corporales normales y la homeostasis (respiración, circulación, síntesis de compuestos orgánicos, energía consumida por el sistema nervioso central y mantenimiento de la temperatura corporal). La energía consumida en la actividad disminuye con la edad, por el aumento del tejido graso y la disminución de la masa magra. Los hombres en general consumen más energía por su mayor tamaño y por la cantidad de masa magra que disponen.

Prevención de la obesidad

Una forma interesante de prevenir la obesidad es con una dieta equilibrada que cumpla con las cuatro leyes de la alimentación que hasta ahora se mantienen vigentes: cantidad, calidad, armonía y adecuación de los alimentos. Siguiendo las siguientes recomendaciones: disminución en el consumo de grasas de origen animal, aumento de ingesta de frutas, verduras y cereales, evitando las frituras, y dejando las comidas muy procesadas o elaboradas con mucha cantidad de aceites, sería una forma de prevenir la obesidad,. No debemos olvidar que las comidas chatarras como las llamamos son comidas con grande cantidades de sal, grasas saturadas y otros conservantes que no son buenos para nuestra salud.

Una actividad física constante (caminata de dos hora y media a la semana, repartidas en cuatro días por ejemplo).

Modificar el estilo de vida o intentar un cambio de conducta, requiere de mucha constancia y decisión, ya que esta debe mantenerse en lo posible para toda la vida. Lastimosamente el organismo nos pasa la factura bastante tarde a todas estas transgresiones a los que nosotros mismos nos sometemos.

El ambiente familiar

Para los niño s muy chiquitos y preescolares, la familia es la principal influencia en e el desarrollo de los hábitos alimentarios.

Los hermanos mayores suelen ser modelos claros para los pequeños en su aprendizaje e imitación.

Por todo lo dicho podemos concluir que el ambiente en torno al alimento y la hora de las comidas, pueden ser determinantes, las discusiones o tensiones emocionales también ejercen efectos negativos.

En cuanto a los niños enfermos por lo general, tienen menos apetito y por consiguiente una ingesta insuficiente.

CAPÍTULO XXX

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, nauseas, vómitos, tos, debilidad muscular, inmovilidad, con-

fusión, 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 os cuidadores mas próximos tienden a sentirse mas 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 indisociables. 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 v bienestar. y un gran apoyo humano pasta 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 preparado 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-Roos, (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 inconcientemente 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 atraviesas 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 Cuidado 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 inconfort 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 mas 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 concientes 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".

Manual de Medicina Familiar

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 Vazca 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., Asudillo 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 parra el manejo clínico, OPS, Marzo 1998
- 6) Clerc B. Le Chemin du Passeur, Travail presenté 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 №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 & Higieène, 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 ècoute?, 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 à Domicile. Cahier des Resumés de la Societé Suisse de Soins Palliatifs. Genéve. 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 Practique de Soins Palliatifs, Centre de Soins Continus, Institutions Universitaire de Geneve, Suisse, edition 1994
- 27) Regnard C, Hockley J, Lassaunière J M. Guide prtique 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. Nº 32, Nº 3,1994

CAPÍTULO XXXI

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 desempañar 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.

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.

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 mas 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.

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 desaferenciación, 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 "l"), 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:

Inmobilidad 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 causa dad, 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 desaferenciaciones por disminución de la audición y la visión son causas de aislamiento y deterioro ulterior. Las alteraciones no cognoscitivas como los trastornos del comportamiento, la agresividad, alteraciones del sueño suelen empujar a las familias a la institucionalización.

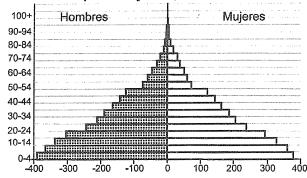
latrogenia por poli medicación, efectos adversos, franja terapéutica estrecha, interacciones, automedicación. O por omisión, al no indicar fisioterapia por ejemplo. De opinión, al atribuir a la vejez achaques de las patologías indicando reposo o inmovilidad.

Atención primaria de salud.

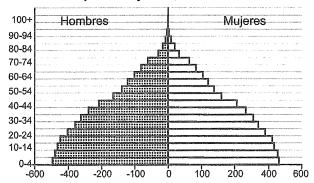
Lo que no se da como derecho (necesidades a cubrir), se tendrá que resolver como problema. En nuestro medio tenemos grandes diferencias socioeconómicas, sociodemográficas, geográficas y étnicas. El tema de la equidad en salud es una asignatura pendiente. de perdonarse a sí mismo.

Vemos tres pirámides que indican la evolución poblacional de nuestro país en la primera mitad del siglo XXI.

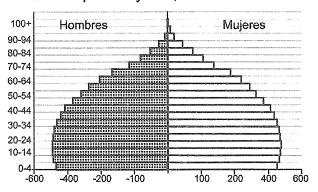




Pirámide 2: Población por sexo y edad, 2025



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 terminales por cáncer o por otras enfermedades en etapa terminal como la insuficiencia renal, el síndrome pulmonar obstructivo crónico, las insuficiencias cardiacas refractarias al tratamiento, demencias muy avanzadas, etc.

El maltrato, la soledad y el abandono son problemas comunes.

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 medical izada. Recordemos que el final de la vida es tiempo de despedirse, de perdonar, de ser perdonado.

CAPÍTULO XXXII

Atención Primaria de Salud Renovada

Dra. Hee Jung Kang

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 APS como la estrategia principal 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, aun 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?

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:

"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.
- 2) Fortalecer la APS para afrontar los nuevos desafíos a través de la mejora de la

Manual de Medicina Familiar

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.

3) 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.

Bibliografía

^{1.} La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de la Posicion de la OPS/OMS. Washington, D.C. 2007

^{2.} 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.

^{3.} 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.

CAPÍTULO XXXIII

EDICACIÓN 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 geneticos-biologicos, 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

Educar 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
Tabaquismo Dieta limitada en grasas Actividad física Accidentes de tránsito Lactancia materna	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 ETSEI 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.

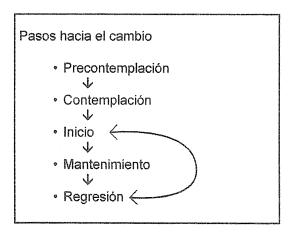
En fin, si los pacientes cambian de hábitos, tendrán menos riesgo de padecer determinadas enfermedades (enfermedad cardiovascular, cáncer, accidentes, ETS). En el caso del tabaquismo, del alcoholismo y de la drogadicción el consejo médico es capaz de estimular el cambio de hábitos. En las otras áreas (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 deter-

minada, 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.

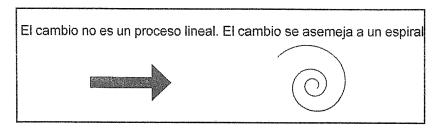
Para que el paciente se apropie de la necesidad, la forma clásica de trabajo del médico, dando una indicación, no es la más eficaz. El modelo paternalista intervencionista no da resultados, ya que en el mismo el que tiene la necesidad es el médico, quien ordena al paciente hacer lo necesario para solucionar 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								
Diagnóstico de enfermedadTratamiento	Diagnóstico de riesgo.Prevención								
Actitud paternalista	Actitud colaborativa								
Paciente "cumplidor"	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 conciente 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.

Manual de Medicina Familiar

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 2013.
- 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.htm

CAPÍTULO XXXIV

EDLICACIÓN PARA LA SALUD BASADA EN LA COMUNIDAD

Dra. Cinthia Camacho Santa Cruz

La Educación para la Salud es un proceso de comunicación interpersonal y un instrumento utilizable con miras a propiciar las informaciones necesarias para crear oportunidades de aprendizaje con el fin de mejorar la alfabetización sanitaria y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales y comunitarios en las tomas de decisiones que afectan los comportamiento y los efectos directos o indirectos que estos pueda influir sobre la salud física y psíquica individual y colectiva.

En los últimos siglos la medicina ha sufrido importantes transformaciones. Realizando una breve reseña histórica sobre las tendencias científicas que encapsulaban a la medicina desde el Renacimiento hasta nuestros días, podemos concluir y distinguir dos vertientes bien diferenciados: la medicina clínica y la medicina social. Ambos con paradigmas y enfoques totalmente diferentes. Esta última centra su mirada en un entorno ambiental y social, implicando un salto cualitativo importante y remarcando la importancia de la educación y la promoción de la salud como una práctica mas del médico. Surge en el siglo XVII, como una necesidad de conocer a profundidad los problemas reales que aquejan al hombre; Bernardino Ramazzini en el año 1600, afirmaba que para comprender y solucionar la enfermedad de una persona se debía observar su entorno social, familiar, laboral y no centrarse en el individuo enfermo con enfoque meramente biologista como lo sustentaba la medicina clínica.

A partir de todos cambios conceptuales y sucesos evolutivos en la medicina, se da más énfasis en la educación y promoción de la salud como práctica medica.

Según la OMS la **Promoción de Salud** es el proceso 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 Aéreas de Acción de la misma enfocadas en:

- 1. Desarrollar una Política Publica saludable.
- 2. Crear entornos favorables con miras a la salud.
- 3. Reforzar acción comunitaria.

- Estimular el desarrollo de habilidades personales.
- 5. Reorientar los servicios de salud.

Las estrategias de promoción de la salud se pueden usar en diferentes:

- grupos de población, por ejemplo, niños, adolescentes y adultos mayores.
- factores de riesgo, por ejemplo, fumar, inactividad física, mala alimentación y sexo inseguro.
- prioridades de salud o enfermedad, por ejemplo, diabetes, VIH/ SIDA, enfermedad del corazón y salud oral.
- localidades, por ejemplo, centros comunales, clínicas, hospitales, escuelas y sitios de trabajo.

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.
- 2) Autonomía: tiene que ver con la capacidad de las personas de 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 una combinación y complementos de métodos y técnicas que se utilizar 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** alas personas tanto en sus problemas de salud como en su entorno. 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 siento 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 n la comunidad 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 si.
- 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 le saber hacer...."

Bibliografía

- 1. Rubinstein, Adolfo y colab., Medicina Familiar y Practica Ambulatoria. 2º Ed. 2006. Cap. 73.
- Técnicas participativas para la educación popular. Alforja, publicaciones de educación popular. 5° edición . Disponible en: http://www.almirallprodesfarma.com/guies/edu.html
 Giraudo, N. y Chiarpenello, J. Actualizacion en EPS. Disponible en:

http://:www.foroaps.org

- 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.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf
- 5. Guía para la Rehabilitación basada en la comunidad. OMS.OPS.UNESCO. 2012. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/.../9789243548050_Salud_spa.pdf.

CAPÍTULO XXXV

educación del reisgo de saludifamiliar

Dra. Miriam Riveros Ríos

En Medicina Familiar, ademas 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, objetivable 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 semianalfabetos 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 lo0s factores protectores que revisaremos, comprende:

Factores protectores estructurales:

- 1. Amplias redes sociales y familiares de apoyo.
- Nivel sociocultural adecuado.
- 3. Nivel de escolaridad adecuado (ambos padres con más de 8 básico)
- Vivienda adecuada.
- Integración a subsistemas mayores activamente.
- 6. Estabilidad y satisfacción laboral.
- Necesidades vitales y de recreación cubiertas.

Factores protectores funcionales:

- Subsistema familiar abierto: comunicación directa, reglas claras y flexibles, estilo de comunicación niveladores, desarrollo de los miembros de la familia.
- 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 (cualquioer 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.

Manual de Medicina Familiar

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 promociónales formación de monitores en salud.
- · Actividades promocionales en jardines infantiles y escuelas.
- Conserjerías promocionales en participación comunitaria, actividad física, alimentación saludable, asociaticidad.
- 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 erarios del el ingreso del RN hasta el Adulto mayor.
- En estudios de familia, visita domiciliaria integral, conserjerías normativas, consejerías no normativas, consejerías familiares.

Bibliografía

(1)La familia: una aproximación desde la salud,Silvia Martínez Calvo. Rev. Cubana Med. Gen Integr2001:17(3):257-62

(2)Pautas familiares de riesgo y su influencia sobre el desarrollo infantil Mª J. Rodrigo López.

(3)La familia como recurso en atención primaria: atención a la familia: otra forma de enfocar 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

CAPÍTULO XXXVI

Formación de los médicos con enfoques de APS

Dra. Hee Jung Kang

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 Humanaos 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 previstos 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 organiza-

ciones 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 mas, 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 medico 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 diagnostico 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 de la salud y contribuir al mejoramiento del nivel de vida de la población, mediante un modelo participativo y de excelencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje, investigación, extensión universitaria y atención de la salud, que desarrolla el conocimiento, el pensar critico, la ética y el respeto a los valores humanos promocionando la equidad social.

Visión:

- a) Desarrollar una Escuela de formación de profesionales de la salud, altamente calificados, donde la docencia, investigación, extensión universitaria y los servicios médicos se integrarán de manera creativa, innovadora y eficiente. Seremos una Institución formativa de referencia obligada en la región. Propender siempre al logro de la excelencia en los procesos enseñanza aprendizaje, y crear las condiciones adecuadas para investigar e innovar en la prestación de los servicios médicos a la comunidad.
- b) Impulsar esfuerzos incansables por parte de los Directivos, Profesores, Estudiantes y personal administrativo para articular una Institución moderna, tanto en sus conceptos organizativos como en su funcionamiento. Toda la escuela estará dirigida a facilitar a los estudiantes una formación científica, técnica y humana, experta en comprender los problemas de la salud Nacional y altamente profesionalizada en la atención de los pacientes usuarios que concurren a los centros asistenciales.
- c) Mantener las investigaciones científicas y los programas de extensión universitaria, focalizados sobre las necesidades de la realidad sanitaria del país, generando información y propuestas para superar sus diversos problemas.
- d) Establecer una relación productiva y eficiente, en comunidad de objetivos, con los proveedores, los donantes y organismos internacionales que ayuden, siendo transparentes en la administración de los recursos, la calidad de los servicios que se ofrecen y el compromiso con los perennes valores humanos asumido. El Sistema Nacional de Salud encontrará en los componentes de esta Institución, respuestas científicas y técnicas a sus necesidades de mejoramiento.
- e) Construir un entorno acogedor, distintivamente profesionalizado, humano por sobre toda las cosas, donde el respeto a la naturaleza y a la calidad de vida, la integración inteligente e innovadora de lo viejo con lo nuevo, estarán siempre presente.

Perfil del Egresado de la Carrera de Medicina y Cirugía.

- 1. Actúa con los principios de la ética, visión humanística, sentido de responsabilidad y **compromiso social.**
- 2. Protege y promueve la salud, previene, diagnostica y trata las enfermedades.
- 3. Integra los conocimientos de las áreas básicas con las áreas clínicas y aplica en la práctica profesional.
- 4. Resuelve los problemas en diferentes niveles de atención de salud

con énfasis en la atención primaria.

- 5. Reconoce y deriva adecuada y oportunamente pacientes portadores de problemas, que están fuera del alcance de su competencia.
- 6. Actúa en la atención inicial de urgencias y emergencias clínicas y/o quirúrgicas.
- 7. Tiene en cuenta la relación costo-beneficio de los procedimientos médicos a ser implementados, respetando el principio del derecho a la vida y la salud, en el contexto de una justicia equitativa.
- 8. Capaz de autoformarse y autoevaluarse durante toda su vida profesional.
- 9. **Actúa en equipos de salud y multidisciplinario**, participando en la elaboración, discusión y ejecución de los programas de salud.
- 10. Comprende y aplica los principios de la bioseguridad en su práctica profesional.
- 11. Contribuye a la conservación de la vida y el medio ambiente en el ámbito de la salud.
- 12. Capaz de utilizar la **Metodología de la Investigación** a lo largo de la carrera y en su práctica profesional.

A pesar de que la misión, visión y el perfil de egresado de nuestra facultad contempla bastante sobre la formación integral de los estudiantes con enfoque de APS, dicha teoría no se ha aplicado adecuadamente en la realidad.

Ante la implementación del sistema de APS como una estrategia para alcanzar "Salud para todos" con evidencias internacionales suficientes, queda para reflexionar sobre que médicos necesitamos y que haríamos para la formación de los mismos.

Bibliografía:

- Serie La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2: La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Washington, D.C. OPS, 2008.
- 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 XXXVII

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	País	Región Oriental		I. Concepción	II. San Pedro	III. Coordillera	V. Guairá	V. Caaguazú	VI. Caapiatá	VII. Itapúa	VIII. Misiones	IX. Paraguarí	X. Alto Paraná	XI. Central	XII. Ñeembucú		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	4,8	3,5	3,7	3,4	45	5,6	3,3	2,9	5.0	4,2	2,1	3,4	5,0	4.2	6.0	0,0
1.700 Habitantes	2009	4,0	9,9	4.5	6,1	3,3	5,5	4,0	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	٠		-	4,9	3,2	4,3	3,8	3,5	3,4	3,5	3,7	3,6	42	3,1	3,5	4,5	2,8	3,7	5,3	4,7	4,5	-
	2009	-	-	-	4,9	82	4.3	3,7	3,2	3,5	3,3	3,9	3,7	4,2	3,5	3,5	4,5	2,5	4.5	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 10.000habitantes, 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:

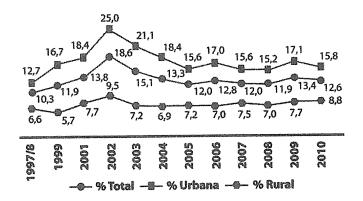
- Cifras absolutas: estas dan una idea de la magnitud o volumen real de un suceso. Al efectuar comparaciones, el uso de cifras absolutas tiene limitaciones, puesto que no aluden a la población de la cual se obtiene. Ejemplo: numero mensual de partos en un establecimiento hospitalario, da una idea del 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

Manual de Medicina Familiar

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.

The state of the second								
Meta 1 A: Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de	1.1 Porcentaje de la población en extrema pobreza.							
	1.2 Razón de la brecha de la pobreza.							
personas en situación de extrema pobreza.	1.3 Participación de los hogares del quintíl más pobre en el íngreso total de hogares.							
Meta 1 B: Lograr empleo pleno y productivo y tra- bajo 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	1.5 Tasa de ocupación de la población mayor de 10 años de edad.							
la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen de hambre.	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 embara- zadas 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⁾ SIECS. Propuesta para el Sistema de Información en Salud. Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD). Febrero 2009. Asunción - Paraguay.

⁽²⁾ www.mspbs.gov.py/v2/documentación/index. Indicadores Básicos de Salud. Paraguay 2010.

⁽³⁾ Documento de Desarrollo del Milenio. Primer informe de Gobierno. Noviembre 2011.

CAPÍTULO XXXVIII

PROBLEMAS FREQUENTES 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 10 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. 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. Influirá en este proceso los factores sociales, familiares, culturales y las crisis propias de la edad.

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, sicológicos 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, representando una crisis tanto en el ciclo vital individual como familiar, afectando a veces la funcionalidad familiar.

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. (2)
- Problemas alimentarios (anorexia, bulímia, malanutrición, 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)

Otras situaciones poco frecuentes en relación al estado de salud son:

- Ginecomastia (crecimiento de la glándula mamaria en los varones, es frecuente en el 65% de los casos, y aparece generalmente alrededor de los 14 años, cediendo 1 o 2 años mas tarde)
- Escoliosis

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 evalua situaciones de riesgos utilizando la abreviatura de **HEADSSS** (Ingles: Cabezas, con varias eses).

H: Hogar (evalua con quien vive, cambios familiares recientes, empleo de padres)

E: Empleo-Educación (evalua 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. 2º Ed. 2006. Cap. 73.

^{2.} Zurro, M. Cano, J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ta. Edición.2001.

^{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.} Romero, Iliana. Salud del Adolescente. OPS 2010. Disponible en: http://:www.slideshare.net/ilianaromero/salud-adolescente.

^{5.} Relación Médico-Adolescente . Técnicas de la entrevista. 2011. Disponible en: http://:www.sld.cu/galería.pdf

Este libro se terminó de imprimir en agosto del 2012 en

MARBEN Editora & Gráfica S.A.

Capitán Gwynn 1091 c/ De la Conquista
Teléfonos (021) 421-388 * 481-801
Asunción - Paraguay
www.marbeneditora.com
info@marbeneditora.com
ventas@marbeneditora.com