

Volumen II

Medicina General Integral

Salud y Medicina

Álvarez Sintés



Volumen II

Medicina General Integral

Salud y Medicina

Volumen II

Medicina General Integral

Salud y Medicina

Álvarez Sintés



Tercera edición

 **ecimed**
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

La Habana, 2014

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Medicina General Integral. / Colectivo de autores; rev.
Roberto Álvarez Sintes; [pról. Alfredo Espinosa
Brito]; 3. ed. aumentada y corregida. -- La Habana:
Editorial Ciencias Médicas, 2014.
358 p., 5 t.: il., tab.

-
-

1. Medicina Familiar y Comunitaria
2. Atención Primaria de Salud
3. Heridas y Traumatismos
4. Condiciones Patológicas, Signos y Síntomas

WB 110

Revisión técnica: Dr. Roberto Álvarez Sintes

Edición: MSc. Judith María Mugica Ruiz, Lic. Lázara Cruz Valdés, MSc. Tania Sánchez Ferrán

Diseño interior: Ac. Luciano Ortelio Sánchez Núñez, Lic. María de los A. Pacheco Gola y Téc. Yamilé Hernández Rodríguez

Diseño de cubierta: Téc. Yisleidy Real Llufrío y DI. José Manuel Oubiña González

Ilustraciones: Téc. Yamilé Hernández Rodríguez

Fotografía: Héctor Sanabria Horta y Ac. Luciano Ortelio Sánchez Núñez

Emplante: Amarelis González La O y Odalys Beltrán del Pino

Primera edición, 2001

Primera reimpresión, 2004

Segunda reimpresión, 2006

Tercera reimpresión, 2007

Segunda edición, 2008

Primera reimpresión, 2011

© Roberto Álvarez Sintes, 2014

© Sobre la presente edición: Editorial Ciencias Médicas, 2014

ISBN obra completa 978-959-212-928-3

ISBN volumen II 978-959-212-930-6

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, No. 654 entre D y E, El Vedado

La Habana, 10400, Cuba

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu

Autores

Roberto Álvarez Sintes

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad y Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Asesor Técnico Metodológico del Área para la Docencia y las Investigaciones en el Ministerio de Salud Pública de Cuba. Policlínico Docente Antonio Maceo.

Griselda Hernández Cabrera

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica Superior. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

Juan C. Báster Moro

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín.

Rubén D. García Núñez

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica Superior. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Coautores

Cristóbal Martínez Gómez

Especialista de I y II Grado en Psiquiatría. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Profesor Consultante. Terapeuta Familiar. Jefe del Grupo Nacional de Psiquiatría Infantil.

Santa Jiménez Acosta

Especialista de I y II Grado en Nutrición e Higiene de los Alimentos. Profesora Titular. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Investigadora Titular. Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Isabel Louro Bernal

Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Doctora en Ciencias de la Salud. Máster en Psicología de la Salud. Profesora e Investigadora Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública.

María del Carmen Amaro Cano

Enfermera Especializada en Educación. Licenciada en Ciencias Políticas. Máster en Salud Pública. Máster en Ciencias Históricas. Especialista en Bioética. Profesora Auxiliar y Consultante. Investigadora Auxiliar. Directora del Centro de Estudios Humanísticos. Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García.

Araceli Lantigua Cruz

Especialista de I y II Grado en Genética Clínica. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Titular y Consultante. Investigadora Titular. Centro Nacional de Genética Médica. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Alberto Clavijo Portieles

Especialista de I y II Grado en Psiquiatría. Especialista de II Grado en Administración de Salud. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Profesor Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.

Guillermo Barrientos de Llano[†]

Especialista de I y II Grado en Psiquiatría. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular y Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Rafael Borroto Chao

Especialista de I y II Grado en Organización y Administración de Salud y en Educación para la Salud. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud.

Luis Manuel Padrón Velázquez

Especialista de I y II Grado en Medicina Interna. Máster en Infectología. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Carmen Oliva Agüero

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría. Diplomada en Adicciones. Aspirante a Investigadora. Instructora. Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón.

Eduardo Zacca Peña

Especialista de I y II Grado en Angiología. Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Epidemiología. Profesor Titular. Investigador Auxiliar de la Academia de Ciencias de Cuba.

Juan Álvaro García Fidalgo

Especialista de I Grado en Neurología. Experto en Epilepsia. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Gladys Rodríguez Méndez

Doctora en Estomatología. Especialista de I y II Grado en Periodontología. Máster en Educación Médica y en Salud Bucal Comunitaria. Profesora Titular y Consultante. Facultad de Estomatología de La Habana.

Alain Agramonte del Sol

Licenciado en Enfermería. Máster en Formación Didáctica para Profesionales de la Salud. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Asesor del Centro de Estudios para el Desarrollo Académico en Salud.

Laritz P. Rodríguez Rodríguez

Especialista de I y II Grado en Medicina e Higiene del Trabajo. Máster en Salud Ocupacional.

Zurina Lestay O' Farrill

Especialista de I y II Grado en Neurología. Asistente. Investigadora Auxiliar. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Lilia González Cárdenas

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Escuela Nacional de Salud Pública.

Alberto Erice Candelario

Especialista de I y II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Hospital Hermanos Ameijeiras.

José Luis Giroud Benítez

Especialista de I Grado en Neurología. Doctor en Ciencias Médicas. Hospital Docente Dr. Carlos J Finlay.

Indira Barcos Pina

Especialista de I y II Grado en Pediatría y en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Auxiliar. Hospital Pediátrico Paquito González Cueto.

Carmen Garrido Riquenes

Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Superior. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Salvador Allende.

Otman Fernández Concepción

Especialista de I y II Grado en Neurología. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía..

Elia Rosa Lemus Lago

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica. Profesora Auxiliar. Policlínico Docente Antonio Maceo.

Armando L. Urbino López-Chávez

Especialista en Aseguramiento Médico a las Tropas Terrestres. Asistente. Cátedra Militar Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mario León González

Especialista de I y II Grado en Psiquiatría. Máster en Psiquiatría Social. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

José Antonio López Espinosa

Licenciado en Información Científico-Técnica. Historiador de la especialidad de Medicina General Integral.

María Asunción Tosar Pérez

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Medicina Natural y Tradicional. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Facultad Enrique Cabrera.

Niurka Taureaux Díaz

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García.

José A. Montano Luna

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Ambiental y Educación Médica. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Israel Isidoro Díaz Roig

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Ciencias de la Educación. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus.

Leonel Pineda Folgoso

Especialista de I y II Grado en Ortopedia y Traumatología. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Alina M. Segredo Pérez

Especialista de I y II Grado en Medicina General integral. Máster en Atención Primaria de Salud y Educación Médica. Profesora Auxiliar. Investigadora Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública.

Andrés Sánchez Díaz

Especialista de I y II Grado en Otorrinolaringología. Profesor Titular y Consultante. Jefe del Grupo Nacional de Otorrinolaringología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Otto Martín Díaz

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Informática Médica. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

Esther Pérez González

Licenciada en Psicología. Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Máster en Psicología de la Salud. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Susana Suárez Tamayo

Especialista de I Grado en Medicina General Integral e Higiene y Epidemiología. Máster en Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Violeta Herrera Alcázar

Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. Escuela Nacional de Salud Pública.

Marcos J. Albert Cabrera

Especialista de I Grado en Medicina Interna y de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Policlínico Docente 15 y 18.

Oscar Días Díaz

Especialista de I y II Grado en Endocrinología. Asistente. Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas.

Luis M. Pérez Pérez

Especialista de I y II Grado en Endocrinología. Profesor Auxiliar. Investigador Titular. Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Humberto Arencibia Pérez

Especialista de I Grado en Organización y Administración de Salud, y en Gerontología y Geriátrica.

Arelys Ariocho Cambas Andreu

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Oftalmología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Facultad de Ciencias Médicas Calixto García.

Daysi Navarro Despaigne

Especialista de I y II Grado en Endocrinología. Asistente. Investigadora Titular. Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Manuel Romero Placeres

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Salud Ambiental. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Zoila Medina Góndrez

Especialista de I Grado en Pediatría. Asistente. Metodóloga del Área para la Docencia y las Investigaciones. Ministerio de Salud Pública.

Héctor Rubén Hernández Garcés

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Calixto García.

Romaira I. Ramírez Santiesteban

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Vicedecana de Posgrado. Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán.

Silvia Martínez Calvo

Especialista de I y II Grado en Epidemiología. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora de Mérito. Investigadora de Mérito. Profesora Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.

Oscar Villa Jiménez

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instituto de Gastroenterología.

Asela del Puerto Rodríguez

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Salud Ambiental. Instructora. Investigadora Agregada. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Ridel J. Febles Sanabria

Especialista de I y II Grado en Angiología y Cirugía Vascul. Máster en Educación Superior. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Nancy Guinart Zayas

Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García.

Francisco Rojas Ochoa

Especialista de I y II Grado en Administración de Salud. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor de Mérito. Profesor Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.

Gregorio Delgado García

Especialista de I y II Grado en Microbiología. Historiador médico del Ministerio de Salud Pública. Profesor de Historia de la Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública.

José E. Fernández-Brito Rodríguez

Especialista de I y II Grado en Anatomía Patológica. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular y Consultante. Director del Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de la Habana (CIRAH). Policlínico Docente 19 de Abril.

Berta R. Rodríguez Anzardo

Especialista de I Grado en Nutrición y II Grado en Endocrinología. Investigadora Auxiliar. Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas.

Guillermo José López Espinosa

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Ocupacional y Educación Médica Superior. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

Fernando Domínguez Dieppa

Especialista de I y II Grado en Pediatría. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del Grupo Nacional de Pediatría.

George A. Velázquez Zúñiga

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín.

Nidia E. Márquez Morales

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

José A. Carrera Vara

Especialista en Higiene de los Alimentos. Consultor de la FAO. Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Salud Ambiental. Profesor Titular. Investigador Auxiliar. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Enrique Vega García

Especialista de II Grado en Gerontología y Geriatría. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar.

Jesús Menéndez Jiménez

Especialista de I y II Grado en Gerontología y Geriatría. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar.

Lilliams Rodríguez Rivera

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatría. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Asistente. Investigadora Agregada.

Ana M. Torres Lima

Especialista de I y II Grado en Inmunología. Profesora Auxiliar. Centro Nacional de Reumatología.

Ana M. Toledo Fernández

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública. Dirección de Ciencia y Técnica. Área para la Docencia y las Investigaciones. Ministerio de Salud Pública.

René F. Espinosa Álvarez

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Policlínico Docente Lawton.

Josefa I. Castanedo Rojas

Especialista de I y II Grado en Higiene. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Auxiliar. Investigadora Auxiliar. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud.

Moisés Hernández Fernández

Especialista de I y II Grado en Nutrición. Máster en Salud Ambiental. Profesor Titular y Consultante.

Felipe Barrios Díaz

Especialista de I y II Grado en Pediatría. Máster en Nutrición e Higiene de los Alimentos. Dirección Municipal de Salud 10 de Octubre.

Marybel González Limonte

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Dirección Municipal de Salud Marianao.

Mayda Luisa González Duranza

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Policlínico Docente Antonio Maceo.

Noria Liset Pupo Ávila

Especialista de I Grado en Pediatría. Asistente. Escuela Nacional de Salud Pública.

Yodalía Leyva Marín †

Especialista de I y II Grado en Psiquiatría y en Sexología Clínica. Profesora Titular y Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Centro Nacional de Educación Sexual.

Clarivel Presno Labrador

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública.

Gisela Abreu Ruíz

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de I Grado en Medicina Interna. Máster en Atención Primaria de Salud. Asistente. Investigadora. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

Colaboradores

Leonardo Sánchez Santos

Especialista de I y II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Titular. Escuela Nacional de Salud Pública.

Guillermo Díaz Alonso

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Policlínico Docente Luis A. Turcios Lima.

Marianela Arteché Prior

Especialista de I y II Grado en Neurología. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Verena Ulloa Cruz

Especialista de I y II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Doctora en Ciencias Médicas.

Liset Román Fernández

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Ginecología y Obstetricia. Instructora. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Docente América Arias.

Jesús Serrano Mirabal

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Hematología. Asistente. Instituto Nacional de Hematología.

Alejandro Pando Cabrera

Especialista de I y II Grado en Neurología y Cuidados Intensivos. Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Luis A. Céspedes Lantigua

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Escuela Latinoamericana de Medicina.

Pedro Rodríguez Hernández[†]

Especialista de I y II Grado en Epidemiología. Doctor en Ciencias Médicas.

Grisel Zacca González

Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Investigación en Servicio de Salud. Asistente. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

Lilia M. Ortega González

Especialista de I Grado en Medicina Interna y Terapia Intensiva. Máster en Infectología. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí.

Tomás A. Álvarez Díaz

Especialista de I Grado en Psiquiatría y de II Grado en Medicina Tradicional y Natural. Doctor en Ciencias en Medicina Tradicional China. Profesor Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Vicente I. Prieto Díaz

Licenciado en Tecnología. Máster en Salud Ambiental. Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Gustavo Díaz Pacheco

Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología y de II Grado en Epidemiología. Máster en Salud Pública y Educación Médica. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus.

Manuel S. Villar Suárez[†]

Especialista de I y II Grado en Otorrinolaringología. Doctor en Ciencias.

Moisés Morejón García

Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente. Hospital Docente Comandante Manuel Fajardo.

José M. Báez Martínez

Especialista de I y II Grado en Pediatría. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Docente Juan M. Márquez.

Iván Teuma Cortés

Especialista de I Grado en Nefrología. Universidad de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto.

Orestes Faget Cerero

Especialista de I y II Grado en Endocrinología. Investigador Agregado. Director del Centro de Atención al Diabético.

Alberto Roteta Dorado

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Pediatría y de II Grado en Endocrinología. Máster en Atención Integral al Niño y al Adolescente. Profesor Auxiliar. Policlínico Octavio de la Concepción y la Pedraja.

Yoarlen Becali Hilario

Máster en Ciencias. Ministerio de Salud Pública.

Viviana de la C. Sáez Cantero

Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera.

Teresita Gutiérrez Coronado

Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructora. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Policlínico Docente Héroes de Girón.

Julio C. Castellanos Laviña

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica. Profesor Auxiliar.

Gladys de la Torre Castro

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Gerontología Médica y Social. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre.

Radamés Borroto Cruz

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mireya Álvarez Toste

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología. Máster en Salud Ambiental. Profesora Auxiliar. Investigadora Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Miguel A. Buergo Zuasnábar†

Especialista de I y II Grado en Medicina Interna y Neurología. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Miguel A. Rodríguez Rodríguez

Especialista de I Grado en Microbiología. Máster en Infec-tología. Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Docente Freire Andrade.

Asneydi D. Madrigal Castro

Doctora en Ciencias del Deporte. Profesora Titular de la Universidad José Martí de Sancti Spíritus.

María del Carmen Pría Barros

Especialista de I y II Grado en Bioestadística. Doctora en Ciencias. Máster en Salud Pública. Profesora Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.

César E. Silverio García

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de I y II Grado en Gastroenterología. Hospital Pediátrico William Soler.

Ángel A. Escobedo Carbonell

Especialista de I y II Grado en Microbiología. Máster en Epidemiología. Máster en Comunicación.

Magaly Cuza Cáceres

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Alergia e Inmunología. Facultad de Ciencias Médicas Comandante Manuel Fajardo.

Jorge Peláez Mendoza

Especialista de I y II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Virginia Juncal

Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

Saúl Armenteros Terán

Especialista de I y II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Delia Plasencia Concepción

Especialista de I y II Grado en Nutrición e Higiene de los Alimentos. Profesora Titular. Investigadora Titular. Instituto Nacional de Higiene de los Alimentos.

Zaida Barceló Montiel

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Departamento de Atención Primaria. Ministerio de Salud Pública.

Manuel Osorio Serrano

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria. Policlínico Docente Manuel Díaz Legrá.

Juana M. Larrea Salazar

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública. Profesora Auxiliar.

Miriam L. Abreu López

Profesora Auxiliar de Psicología. Facultad de Estomatología.

Ariel J. Carrera Abreu

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Instructor.

Magalys Ojeda Hernández

Especialista de I Grado en Gerontología y Geriatria. Máster en Promoción y Prevención para la Salud. Centro de Investigaciones de la Tercera Edad.

Norma Cardoso Lunar

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatria. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Aspirante a Investigadora.

Niurka Cascudo Barral

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatria. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Instructora. Aspirante a Investigadora.

Elina de la Llera Suárez

Licenciada en Psicología. Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Asistente.

Francisco Ponce Zerquera

Especialista de I y II Grado en Medicina Legal. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García.

Virginia Torres Lima

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Universitario Dr. Diego Tamayo.

Alina González Moro

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatria. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Instructora. Aspirante a Investigadora.

Luis F. Heredia Guerra

Especialista de I Grado en Gerontología y Geriatria. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Instructor. Investigador Agregado.

Bárbara Leyva Salerno

Especialista de I y II Grado en Gerontología y Geriatria. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Asistente.

Oswaldo Prieto Ramos

Especialista de II Grado en Gerontología y Geriatria. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Profesor Auxiliar.

Susana L. Terry González

Especialista de I y II Grado en Epidemiología. Asistente. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud.

Natacha Rivera Michelena

Doctora en Ciencias. Licenciada en Psicología. Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública.

Félix Blanco Horta

Licenciado en Psicología. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Policlínico Docente Párraga.

Otto R. Recio Rodríguez

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Dirección de Vectores. Ministerio de Salud Pública.

Ahindris Calzadilla Cámbara

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Auxiliar. Instituto Nacional de Nutrición.

Ana M. López Mantecón

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Reumatología. Asistente. Centro Nacional de Reumatología.

María V. Hernández Cuéllar

Especialista de I Grado en Inmunología. Asistente. Centro Nacional de Reumatología.

Isabel M. Hernández Cuéllar

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Reumatología. Asistente. Centro Nacional de Reumatología.

José P. Martínez Larrarte

Especialista de I y II Grado en Reumatología. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez.

Héctor D. Bayarre Veá

Especialista de I y II Grado en Bioestadística. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Titular. Escuela Nacional de Salud Pública.

Pedro López Puig

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública.

Dianelys Domínguez Álvarez

Licenciada en Nutrición y Dietética. Aspirante a Investigadora. Instituto Nacional de Nutrición.

Mileidy Isla Valdés

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Dirección de Salud Marianao.

María E. Díaz Sánchez

Licenciada en Biología. Doctora en Ciencias. Máster en Antropología. Profesora Titular. Investigadora Titular.

Oria Susana Acosta Cabrera

Especialista de I Grado en Epidemiología. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud.

Carlos Dotres Martínez

Especialista de I y II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Máster en Bioética. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Docente Juan M. Márquez.

Rafael Antonio Broche

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral y II Grado en Pediatría. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Pediátrico Docente Juan M. Márquez.

Dania Vega Mendoza

Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Pediátrico Docente Juan M. Márquez.

Ileana Artiles de León

Licenciada en Psicopedagogía. Máster en Sexualidad. Centro Nacional de Educación Sexual.

Lourdes Flórez Madan

Licenciada en Psicología. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Responsable de las Cátedras de Sexualidad. Centro Nacional de Educación Sexual.

Ana M. Cano López

Licenciada en Psicología. Máster en Sexualidad. Centro Nacional de Educación Sexual.

Ofelia Bravo Fernández

Licenciada en Psicología. Máster en Sexualidad. Centro Nacional de Educación Sexual.

Mariela Castro Espín

Licenciada en Psicopedagogía. Máster en Sexualidad. Profesora Auxiliar. Centro Nacional de Educación Sexual.

Mérida López Nodarse

Doctora en Pedagogía. Máster en Sexualidad. Investigadora Auxiliar. Centro Nacional de Educación Sexual.

Mayra Rodríguez Lauzurique

Licenciada en Psicología. Máster en Sexualidad. Centro Nacional de Educación Sexual.

Pedro Pablo Valle

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Máster en Sexualidad. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Calixto García.

Caridad O'Farrill Montero

Especialista de I Grado en Salud Escolar.

Ángela M. Moreno Pérez Baquero

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Ministerio de Salud Pública.

Héctor Corratge Delgado

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Escuela Latinoamericana de Medicina.

Leonardo Cuesta Mejías

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública.

Sarisabel Borroto Perelló

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Ministerio de Educación.

Rodolfo Álvarez Villanueva

Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Calixto García.

Rosaida Ochoa Soto

Especialista de I y II Grado en Epidemiología. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Directora del Centro Nacional de Prevención ITS/VIH/Sida.

María E. Reyes García

Especialista de I y II Grado en Medicina del Trabajo. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Ministerio de Salud Pública.

Teresa Romero Pérez

Especialista de I y II Grado en Epidemiología. Máster en Educación Médica Superior. Coordinadora Nacional del Programa Integral para Control del Cáncer. Ministerio de Salud Pública. Profesora Titular y Consultante. Investigadora. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

Walkiria Bermejo Bencomo

Especialista de I y II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Auxiliar. Investigadora. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología

Abel Monzón Fernández

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de I Grado en Cirugía General. Máster en Salud Pública. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

Comité de Asesores

Rodrigo Álvarez Cambra	Profesor de Mérito. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de I y II Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Titular y Consultante. Académico Titular. Investigador de Mérito. Complejo Científico Ortopédico Frank País.
Mercedes Batule Batule[†]	Doctora en Ciencias. Especialista de I y II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular y Consultante.
Magali Caraballoso Hernández	Especialista de I y II Grado en Epidemiología. Máster en Salud Pública. Investigadora Auxiliar. Profesora Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.
Roberto Douglas Pedroso[†]	Profesor de Mérito. Doctor en Ciencias. Especialista de I y II Grado en Fisiología Normal y Patológica.
Alfredo Espinosa Brito	Profesor de Mérito. Doctor en Ciencias. Especialista de I y II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular y Consultante.
José A. Fernández Sacasas	Especialista de I y II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular y Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Presidente de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud.
Fidel E. Ilizástigui Dupuy[†]	Profesor de Mérito. Doctor en Ciencias. Especialista de I y II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular y Consultante.
José B. Jardines Méndez	Especialista de I y II Grado en Organización y Administración de Salud. Máster en Educación Médica. Experto en Gestión de Información. Profesor Auxiliar. Universidad Virtual de Salud.
Raimundo LLanio Navarro[†]	Profesor de Mérito. Doctor en Ciencias. Especialista de I y II Grado en Medicina Interna y en Gastroenterología.
Cosme Ordóñez Carceller	Profesor de Mérito. Doctor en Ciencias. Especialista de I y II Grado en Epidemiología. Profesor Titular y Consultante. Director Honorario. Policlínico Docente Plaza de la Revolución. Centro de Referencia Nacional en Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar.
Benito Pérez Maza	Doctor en Ciencias Pedagógicas. Especialista de I y II Grado en Organización y Administración de Salud. Profesor Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.
Raúl L. Riverón Corteguera[†]	Especialista de I y II Grado en Pediatría. Profesor Titular y Consultante.
Ramón Syr Salas-Perea	Especialista de I y II Grado en Cirugía, y en Organización y Administración de Salud. Profesor Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.

A Fidel, con la firme disposición de desarrollar en este “ejército de guardianes de la salud” el paradigma biosicosocial de la medicina, para ponerlo al servicio de nuestro pueblo y de toda la humanidad.



“... El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva, ..., en fin será un «Guardián de la Salud»”. (1983)

“..., se hizo todo un programa, se creó un nuevo concepto, convertimos la generalidad en una especialidad: la medicina general integral, un concepto asociado a la idea del médico de familia”. (1997)

“...Hace falta que cada uno de nuestros profesionales de la salud posea un texto clásico de su especialidad, y si desempeña o practica dos, tres o más misiones en el hospital o policlínico, debe disponer de un ejemplar clásico de cada una”.

“¿Qué hace un médico sin el texto actualizado que se considere ideal sobre esos conocimientos? ¿Qué hace si es cirujano sin texto adicional sobre Cirugía? ¿Qué hace si su trabajo es como clínico de un hospital general donde además asiste a numerosos pacientes ancianos? Tres libros clásicos personales: como médico general integral, como clínico y como geriatra deben estar en sus manos”. (2008)

Fidel Castro Ruz

Prólogo a la tercera edición

Es un gran honor y una agradable tarea, que mucho agradezco, la de prologar la tercera edición del texto *Medicina General Integral*, que recoge las contribuciones de un colectivo de prestigiosos autores, coautores y colaboradores cubanos, liderados por el doctor Roberto Álvarez Sintés. Los prólogos de las dos ediciones precedentes estuvieron a cargo de los profesores Ernesto de la Torre Montejo y Cosme Ordóñez Carceller, maestros de medicina en nuestro país, los que trataron aspectos medulares del surgimiento y desarrollo de la especialidad.

La conceptualización de la Medicina General Integral cubana, tal como se expone en el texto, es un fruto legítimo del desarrollo histórico de la medicina en Cuba que tuvo sus antecedentes más remotos hace dos siglos, pero que ha alcanzado su máxima expresión en nuestro Sistema Nacional de Salud en la etapa revolucionaria. En 1984, como concreción del propósito mantenido de las máximas autoridades políticas y sanitarias, de incrementar la calidad de nuestra atención primaria de salud, como centro fundamental del propio sistema, surge ya con el rango de especialidad como tal. La participación directa y activa de Fidel en la concepción inicial y el desarrollo de esta idea es conocida por todos.

La práctica de la medicina, actualmente, está influida por un panorama complejo y un grupo de factores importantes: las transiciones demográfica y epidemiológica; el acentuado proceso de globalización; la explosión abrumadora de nuevos conocimientos; la insistencia en las ciencias exactas y la “discriminación” de las humanidades; las expectativas crecientes de las personas –sanas y enfermas–; los novedosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos; el uso de múltiples fármacos y otros tratamientos muy potentes y riesgosos; el elevado costo de los servicios médicos cada vez más sofisticados; y la aparición o reaparición de un grupo heterogéneo de medicinas paralelas, alternativas, naturales y tradicionales. Además, el paradigma biomédico mantiene su vigencia, a pesar de todos los avances que ha tenido en el campo teórico la importancia de los factores ecológicos, sociales, económicos, psicológicos, culturales y espirituales en la salud del ser humano.

En medio de todo ese panorama, entre los desafíos más importantes de la medicina hoy están: la proliferación del especialismo (pensamiento analítico) sobre el generalismo (pensamiento sintético); el deterioro de las relaciones médico-persona, médico-paciente y médico-familia; el desprecio de la clínica y su método; el notable desarrollo tecnológico alcanzado y la excesiva confianza en su poder; la escasez de verdaderos “maestros” de la medicina; la erosión de la formación general de los médicos; la inestabilidad de los profesionales en determinadas áreas; la cuestionada vocación de servicio de los que ahora estudian y practican esta profesión, incluyendo el síndrome de *burnout* o quemamiento profesional. Sin contar con otros elementos negativos que se añaden para los que laboran en países donde la medicina es una mercancía y un mercado inequitativo y discriminatorio, que afortunadamente no es el caso de Cuba.

Como alternativa a la creciente tendencia a la fragmentación, la medicina general integral, al rescatar el enfoque holístico y total al más alto nivel de especialización, permite alcanzar el equilibrio necesario entre el todo y la parte, con arte, ciencia y ética, en el ambiente natural donde se vive, en el contexto familiar y en la comunidad. Lograr esto sintéticamente no es fácil en una época en la que cada vez hay más retos que amenazan con afectar la esencia misma de nuestra profesión.

En la medicina general integral la atención se centra en las personas y no en la enfermedad, así como en la familia y en el entorno más inmediato como condicionantes del estado de salud. Se introduce una visión de la medicina, a partir del análisis de la situación de salud de la comunidad, la cual puede actuar como fuente de enfermedad o como medio promotor de salud, preventivo e incluso terapéutico y rehabilitador. Esta actuación sobre las personas, las familias y la población ocurre a lo largo del tiempo y abarca tanto la atención en consulta como en el domicilio o en los diferentes espacios comunitarios.

El texto que tenemos en las manos trata de nuevo desde temas generales hasta los más específicos, en este último caso debido a que el ámbito de conocimientos de la medicina general integral es muy amplio y contiene prácticamente todas las áreas médicas y quirúrgicas. La capacidad de intervención del profesional sobre los problemas de salud es solo limitada por los propios conocimientos y aptitudes que posea el médico de familia o por limitaciones objetivas que confronte en un momento determinado.

En un serio trabajo editorial, se han incluido en esta tercera edición un total de 37 capítulos nuevos. El resto, todos se han actualizados y varios se han ampliado o reescrito. Esta labor ha sido coordinada por el doctor Roberto Álvarez Sintés, incansable promotor de la medicina general integral dentro y fuera de Cuba.

Al igual que en ocasiones anteriores, las profesiones y especializaciones de los autores son muy variadas, aunque, por supuesto, predominan los especialistas en medicina general integral, tal y como debe ser en una obra como esta, lo que le imprime a sus contribuciones la experiencia de una práctica vivida, además de la necesaria actualización de conocimientos.

El libro está dirigido, fundamentalmente, a los estudiantes de pregrado, a los residentes de posgrado y, en general, a los profesionales médicos y de enfermería, con especial atención a los que se desempeñan en la atención primaria de salud. También puede ser útil a otros, dado que su contenido es amplio y contiene, elementos básicos sobre familia, salud pública, epidemiología, ética e investigación, entre otros.

Un aspecto, que es muy difícil evitar en una publicación como la que se presenta, es la repetición y el solapamiento de conceptos, contenidos y referencias en los diferentes capítulos, pues los autores muchas veces han bebido de las mismas fuentes o tienen una formación similar, lo que, lejos de ser un elemento negativo, es un reflejo del esfuerzo realizado al reunir las diversas contribuciones. Es meritorio destacar que el lector al estudiar un capítulo puede encontrar la recomendación sobre dónde profundizar ese contenido en el libro. Además, como solía aconsejar el profesor Ignacio Macías Castro ante posibles redundancias: “repetir es enseñar y repasar es aprender”. Es incluso conveniente contar con matices en algunos enfoques, siempre que se conserven las esencias de los temas que se exponen, pues es una forma de promover debates y discusión con su lectura. Asimismo, el estilo de redacción y el formato de un grupo de capítulos no son homogéneos, pero esto es también inevitable cuando los temas son tan variados y escriben muchos autores, si se respetan los aportes originales de cada uno, como aquí se ha hecho.

Un asunto que puede resultar polémico en los momentos en que vea la luz el libro es la no total correspondencia entre lo que se dice que “debe ser” en el texto y lo que “es” en la realidad, ya que la situación de la atención primaria en cada lugar difiere, a pesar de los esfuerzos por la reorganización del programa del médico y la enfermera de la familia, afectado por el contexto socioeconómico cambiante y adverso que ha vivido nuestro país, especialmente en los últimos 20 años. Además, se está en medio del proceso denominado “transformaciones necesarias del sistema de salud cubano”, en respuesta decidida a seguir priorizando y fortaleciendo la atención primaria en Cuba y que continúa de manera dinámica. En un texto como este, de lo que se trata es de transmitir las ideas fundamentales, las invariantes, las mejores propuestas y esto hay que entenderlo, agradecerlo.

Ya en la segunda década del siglo XXI, en un mundo globalizado, cuando se observan los gigantescos avances de las modernas tecnologías de la información científica y se publican más de 60 000 revistas médicas en el mundo, los libros conservan un espacio especial como fuentes de la custodia, diseminación y preservación del patrimonio cultural de la medicina y son acompañantes indispensables para guiar a los médicos en su cotidiana lucha por la salud, la felicidad y la vida de los seres humanos.

Así que damos la bienvenida a la tercera edición de *Medicina General Integral*, confiados en que servirá para continuar incrementando el acervo de conocimientos de nuestros profesionales y agradezcamos el servicio que nos han prestado sus autores, con esfuerzo y dedicación.

Dr. Alfredo Espinosa Brito
Doctor en Ciencias Médicas
Profesor de Mérito



Prólogo a la segunda edición

Los sistemas de salud de la Gran Patria Latinoamericana están atravesando un período de dificultades, debido a problemas políticos, económicos, sociales y a la falta de recursos humanos y materiales. Esto repercute en una organización inadecuada para el desarrollo de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

Cuba, siguiendo las ideas y el ejemplo de Fidel, ha demostrado con hechos y no con palabras que “*Sí se puede*”, y ha desarrollado un Sistema Nacional de Salud efectivo –con resultados extraordinarios–, eficiente –con cumplimiento de normas, estándares e innovaciones relevantes– y eficaz –con grado de calidad y satisfacción de los que imparten y reciben el servicio.

El ejemplo internacional de nuestra nación con la Escuela Latinoamericana de Medicina, el Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos, la Brigada “Henry Reeves”, la operación Milagro y Barrio Adentro en Venezuela, demuestra que con la Batalla de Ideas y luchando por la salud “*un mundo mejor es posible*”.

La segunda edición de este libro es un ejemplo de lo que hay que hacer en materia de salud de los pueblos. *Medicina General Integral* es una importante contribución a la revisión de ideas, principios, actividades y actitudes para ser un mejor especialista; para conocer lo necesario de la práctica médica actual; para saber hacer lo que es oportuno y necesario en cada momento. Pero, lo más vital es el llamado al “*saber ser*”, es decir, lo que debe ser un médico de familia en Cuba para defender la Patria, la Revolución, el Socialismo y a Fidel, así como en cualquier país del mundo que necesite y solicite nuestra colaboración internacionalista: trabajar de acuerdo con los principios y la estrategia señalada.

El profesor Roberto Álvarez Sintés ha sabido reunir a un grupo de capacitados profesionales que han contribuido a la culminación exitosa de esta obra y, una vez más, ha demostrado ser un luchador por el desarrollo de los modelos de atención médica familiar y comunitaria trazados por nuestro Sistema Nacional de Salud, un profesional exitoso en el cumplimiento de sus responsabilidades, quien es, además, el primer especialista en Medicina General Integral que alcanzó el II Grado de la especialidad en Cuba.

En esta obra se plantea la continuidad de la interrelación del especialista en Medicina General Integral con el paciente, sus familiares y la comunidad; se estimula, además, el desarrollo de la atención médica, la prevención y el control de enfermedades al nivel primario, el progreso de la medicina social, y el permanente enfoque clinicoepidemiológico y social en la solución de los problemas de salud.

Hay muchas contribuciones y análisis en *Medicina General Integral* sobre las respuestas al desafío en el siglo XXI de la práctica de la medicina familiar y de la atención primaria de salud, de las que todos podemos aprender.

Este texto ha sido, es y será un instrumento para el desarrollo de la atención primaria de salud y de la medicina familiar, y una guía de acción para el trabajo del especialista en Medicina General Integral.

Profesor Cosme Ordóñez Carceller
Doctor en Ciencias Médicas
Profesor de Mérito

Prólogo a la primera edición

Cuando el 4 de enero de 1984 se comenzó, por iniciativa del Comandante en Jefe Fidel Castro, el trabajo del médico de familia en el área de salud del Policlínico “Lawton”, en Ciudad de La Habana, no se podía predecir que 15 años después, médicos de esta especialidad darían cobertura asistencial, prácticamente, a toda la población. Hoy, los encontramos trabajando en escuelas, círculos infantiles, fábricas, y ejerciendo responsabilidades docentes y de dirección en distintos niveles del Sistema Nacional de Salud. Más recientemente han emprendido hermosas tareas de ayuda solidaria, en remotos parajes de países hermanos.

Todo comenzó ese año con 10 médicos recién graduados, ubicados en consultorios improvisados, cada uno con su enfermera para atender a 120 familias. Los resultados superaron todas las expectativas y de la graduación de 1984, se seleccionaron 200 médicos para extender la experiencia a todas las provincias, incluida la zona montañosa de la provincia Granma.

Múltiples fueron los problemas que demandaron solución, entre ellos, uno que no podía esperar: disponer de un texto que sirviera de base científica, para su desempeño profesional y formación como especialista.

Un pequeño colectivo de profesores de medicina interna, pediatría y ginecoobstetricia, asumieron la dirección de la obra, definieron su estructura en correspondencia con el programa de la residencia y se rodearon de un grupo de especialistas para escribir los 47 capítulos del libro *Medicina General Integral*. Los autores estaban conscientes de la magnitud de esta tarea y de sus propias limitaciones, para imaginar y llevar al texto los conocimientos fundamentales a incorporar por un especialista que estaba por “nacer”. Quizás por eso, lo llamaron “texto provisional”. No obstante, el libro cumplió su misión y se ha mantenido durante 16 años.

Ese lapso permitió que *Temas de Medicina General Integral*, que hoy se presenta, haya sido dirigido y escrito, en su mayor parte, por los protagonistas de esta historia: los especialistas en medicina general integral, que no han tenido que imaginar, sino, como resultado de su experiencia, plasmar los conocimientos necesarios para la práctica de esta especialidad.

Los temas que definen y caracterizan la medicina general integral como especialidad, tratados en el volumen I, han sido ampliados y enriquecidos con la experiencia acumulada de los autores. Pensamos que los estudiantes de medicina, los residentes en formación y los especialistas no solo encontrarán en ellos una guía certera y estimulante para su trabajo cotidiano, sino que disfrutarán su lectura.

Más de un centenar de coautores y colaboradores han contribuido en este empeño, tanto especialistas de medicina general integral, como de otras especialidades médicas y profesiones. Un comité de asesores y otro de arbitraje contribuyeron a velar por el nivel cualitativo de la obra.

Unas palabras finales. Un buen médico, entre otras cosas, tiene que estar actualizado en los conocimientos de su especialidad. Es, en realidad, un compromiso moral con su profesión y, sobre todo, con la población que atiende y confía en él. Esto lo puede alcanzar por diversos caminos: intercambios con sus colegas, participación en actividades científicas,

lectura sistemática de buenas revistas médicas, y hoy puede hacer uso de la información por vía electrónica, que tiene grandes posibilidades de convertirse en un medio accesible, diverso y completo de información actualizada. Pero no se debe olvidar que un buen libro de texto es insustituible, pues es la base sobre la que se inserta toda esa información adicional y necesaria. Por ello, consideramos tan importante la aparición de *Temas de Medicina General Integral* y, desde ya, anticipamos que será punto de referencia para, en pocos años, disponer de una renovada edición.

Dr. Ernesto de la Torre Montejo

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular
Presidente del Tribunal Estatal Nacional
para la Obtención del Título de Especialista de II Grado
en Medicina General Integral



Prefacio

La publicación de la tercera edición de *Medicina General Integral* coincide con dos momentos importantes de la especialidad: el XXX aniversario del Programa del Médico y Enfermera de la Familia y el XIX de la graduación del primer especialista de II Grado en medicina general integral. Veinte años constituyen una parte importante de la vida profesional de un especialista. En ese tiempo han ocurrido múltiples y prodigiosos avances científicos que ya casi no causan admiración en quienes lo hemos vivido: internet, la clonación y el mapeo cerebral humano por citar solo tres. Los avances médicos son impresionantes, la mayoría de las veces muy útiles para los enfermos y poco útiles para los expuestos a riesgos y los supuestamente sanos, que en muchas ocasiones presentan problemas de salud y los desconocen.

En los últimos años ha existido gran interés en destacar cómo este impetuoso desarrollo tecnológico acontecido en la segunda mitad del siglo xx ha propiciado a escala mundial y local una progresiva relegación de la medicina como arte, ganando cada vez más terreno el paradigma tecnocrático de la atención médica, que desconoce o minimiza las herramientas de la profesión para diagnosticar, tratar y también prevenir y promover las aportadas por la semiología, la psicología y la epidemiología.

Si la persona es un ser social, el proceso salud-enfermedad no puede considerarse solo en el ámbito individual, sino también hay que enfocarlo en el familiar y comunitario. Se llega así a la conclusión de que sin salud comunitaria rara vez se alcanza la familiar, y sin esta no habrá jamás la individual. Con este enfoque, el libro pretende prestar la debida atención a todos los detalles que tengan alguna importancia en lo que respecta a la apreciación del conjunto de la medicina general integral. Se intenta mantener el interés del lector y fomentarlo a lo largo de sus páginas siguiendo los principios de la medicina familiar.

En el libro se presenta una visión panorámica de la medicina general integral practicada en Cuba y en muchos otros países, principalmente de América Latina donde muchos de los autores hemos tenido el privilegio de ejercerla. Al igual que en ediciones anteriores se sustenta en una concepción integral y científica del proceso salud-enfermedad, la atención en salud y la práctica médica. Busca la unidad indisoluble de la medicina individual y la medicina social que es la que en definitiva va a permitir comprender, atender y explicar al hombre tanto en lo personal como en lo social.

Esta tercera edición intenta establecer una nueva forma de presentar la obra, pero conserva toda su integridad. Los temas se desarrollan según los objetos/sujetos de la profesión del médico general integral y se incorporan nuevos capítulos para dar respuesta a los problemas dominantes de salud y a otros elementos necesarios para el desempeño del médico en la atención primaria de salud.

Se hace reinterpretación de los datos y referencias, antiguas y nuevas, complejas o no, sobre la medicina familiar. El dinámico conjunto de la medicina general integral emerge natural y de forma corrida desde el primer capítulo y, a medida que se van desarrollando los contenidos horizontal y verticalmente, el lector encuentra una recomendación a partir de la cual puede extenderse en más detalles.

El libro ha crecido pero se ha abordado la esencia con la esperanza de hacer más agradable el estudio de la materia, y aunque el tratamiento específico de algunas partes pudieran parecer a primera vista demasiado “extendidos” para algunos estudiantes, un examen cuidadoso por

parte de este y la guía certera por parte del profesor demostrarán que las supuestas dificultades no existen.

En todos los capítulos, al abordar un problema de salud, se busca ampliar el modelo médico sin renunciar a los avances de las ciencias biológicas y de la técnica, pero se intentó profundizar también en los aspectos psicosociales y ecológicos que permitan un entendimiento integral, por parte del lector, al abordar la interrelación de los aspectos biológicos y sociales, prevención y curación (salud-enfermedad), individual y colectivo (clínico-epidemiológico) y personal-ambiental.

Los estudios de la salud familiar se iniciaron en 1986 a partir de que la Organización Mundial de la Salud afirmara que “la salud es un hecho que determina y está determinado por el funcionamiento efectivo de la familia como unidad biosocial en el contexto de una sociedad dada”. Este enfoque salubrista de la medicina ha traído consigo la necesidad de que la atención al proceso salud-enfermedad tenga un enfoque familiar. El abandonar este enfoque tiene importantes implicaciones económicas, y lo que es peor, no se le daría solución a la mayor parte de los problemas de salud que se presentan. A pesar de nuestro sistema socioeconómico, no hemos escapado al fenómeno de subvalorar el papel de la familia y la comunidad. Predomina aún el paradigma técnico-biológico de la medicina y adolecemos de sus consecuencias.

El desarrollar una medicina que tiene como armas la dispensarización, el análisis de la situación de salud y la sectorización con un número determinado de familias y personas que se van a atender nos da la oportunidad de conversar ampliamente con ellos. Mientras más tiempo practicamos la profesión, más grato nos resulta dialogar con los pacientes, sus familias y la comunidad, a quienes llegamos a conocer mejor no solo desde el punto de vista de la enfermedad que los aqueja, sino desde el punto de vista humano. Otra ventaja es que se nos permite hacer un seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo y, por tanto, contamos con estadísticas rigurosas de los propios autores de este libro, o de otros investigadores. Por ello, en esta obra se intenta expresar esta faceta de la medicina que por desgracia no siempre se tiene en cuenta y se toman, además, muchas referencias de la *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

La mayor parte de los autores del libro hemos combinado el ejercicio de la medicina general integral en Cuba y en el extranjero. Es en el escenario de trabajo donde se genera la mejor enseñanza de la doctrina de esta medicina y se alcanzan los mejores niveles de docencia y de investigación. Por ello, vemos con gran decepción y desaprobación como para muchos médicos la medicina “moderna” es la que se realiza con una cantidad elevada de estudios refinados y costosos que cada vez más se aleja de la clínica, del juicio clínico, del epidemiológico y social.

La buena clínica y el método epidemiológico nunca han sido un obstáculo para el buen diagnóstico de un problema de salud individual, colectivo o ambiental. Todo lo contrario, han sido un firme cimiento para el plan terapéutico.

También es bueno mencionar que en la mayor parte de los países de América Latina donde hemos laborado, los altos costos de los exámenes complementarios hacen que estos no sean accesibles a toda la población, por lo que esta especialidad se ha impuesto y ha privilegiado, en todos los casos, a la “vieja escuela”, basada en la medicina humana, con sus métodos clínico y epidemiológico con el enfoque clínico-epidemiológico y social de la especialidad.

Debemos resaltar que para hacer realidad una tarea de este tipo, aunque modesta, hemos necesitado la valiosa, entusiasta y oportuna ayuda de numerosos compañeros y prestigiosas instituciones a los que ofrecemos nuestra eterna gratitud y resaltamos en los agradecimientos.

De la misma manera que en la edición anterior, serán bienvenidas las opiniones y los criterios que nos aporten los alumnos, internos, residentes, especialistas y profesores. Esa es la base que nos permitirá perfeccionar el trabajo en futuras ediciones. Queremos recordarles que la información que encuentren en el libro no deben considerarla como un dogma, les recomendamos analizarla con espíritu crítico.

Otra recomendación a la hora de recurrir al libro es no intentar aprender de memoria: el que aprende a jugar béisbol no se sienta y se aprende de memoria el reglamento del juego. Se va al terreno y se pone a jugar. El hecho de que el reglamento obliga a cada equipo a tener un pítcher y un receptor no ayudará mucho. Por tanto, el estudio inteligente de todos los temas de la medicina general integral tratados en este libro, significa darse cuenta de las interrelaciones entre los componentes de la profesión y no una sumatoria aislada de contenidos de diferentes especialidades. Las variadas relaciones entre el pítcher y el resto del equipo –el médico de familia y su equipo de trabajo–, la interrelación de contenidos relacionados con la persona, la familia, la comunidad y el ambiente desarrollarán el discernimiento y comprensión de la medicina general integral.

Dr. Roberto Álvarez Sintés



Agradecimientos

Llegue nuestro especial reconocimiento a quienes consideramos un ejemplo a seguir, gracias por sus consejos a los profesores Manuel Rogelio Álvarez Castro, Mariano Valverde Medel[†], Fidel E. Ilizástigui Dupuy[†], Roberto Douglas Pedroso[†], Cosme Ordóñez Carceller, Mercedes Batule Batule[†], José Jordán Rodríguez[†], Ernesto de la Torre Montejo, José E. Álvarez Hernández y Sergio Rabell Hernández[†].

También agradecemos a los profesores José A. Fernández Sacasas, María del Carmen Amaro Cano, Nilda Lucrecia Bello Fernández, Francisco Rojas Ochoa, Gregorio Delgado García, Alfredo Espinosa Brito y Juan M. Diego Cobelo por sus valiosos aportes, sus experiencias y recomendaciones para ampliar el horizonte de nuestros conocimientos, así como sus lecciones e intercambios académicos sobre diversos temas de la medicina general integral.

Nuestra gratitud a las personas que apoyaron las dos primeras ediciones y ahora intervinieron en la preparación de esta tercera edición con sus críticas, sugerencias y, en algunas ocasiones, sus aportes. Sincera gratitud a los autores, colaboradores, asesores y árbitros que se incorporaron o aceptaron participar nuevamente en la preparación del libro.

Dedicamos unas líneas de recordación y reconocimiento a quienes estaban participando con tesón en esta edición y ya no están físicamente entre nosotros.

Gracias al Ministerio de Salud Pública de Cuba y la Editorial Ciencias Médicas del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (Ecimed) por incentivar este esfuerzo. También, a la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y a la Sociedad Cubana de Medicina Familiar, por darnos el privilegio de poder realizar esta tercera edición corregida y ampliada. A todo el personal de Ecimed que, una vez más, acogió este libro con mucho entusiasmo, dedicación y amor.

También a nuestras familias, que durante todo este tiempo apoyaron e incentivaron con su quehacer cotidiano estos esfuerzos.

No podemos terminar sin agradecer a quienes siempre nos han estimulado a realizar esta ardua labor, especialmente y por adelantado, a los médicos y enfermeras de familia quienes realizan la mayor parte de la difícil tarea de la atención médica integral a nuestra población, virtud que lamentablemente no siempre se encuentra en profesionales fuera de la Atención Primaria de Salud.

Los autores

Contenido General

Volumen I: Salud y Medicina

Parte I: Salud pública

Capítulo 1: Salud pública en Cuba

Capítulo 2: Antecedentes de la atención primaria de salud en Cuba

Parte II: Medicina General Integral: ciencia y humanismo

Capítulo 3: Ciencia y arte de la medicina general integral

Capítulo 4: Dimensión comunicativa en la atención primaria de salud

Capítulo 5: Ética en la atención primaria de salud

Capítulo 6: Código de honor del médico de familia

Parte III: Atención Primaria de Salud y Medicina General Integral

Capítulo 7: Atención primaria de salud, medicina familiar y médicos de familia

Capítulo 8: Renovación de la atención primaria de salud

Capítulo 9: Medicina familiar en el mundo: historia, presente y futuro

Capítulo 10: Medicina general integral en Cuba

Capítulo 11: Dispensarización

Capítulo 12: Ingreso en el hogar

Parte IV: Salud

Capítulo 13: Determinantes sociales de la salud

Capítulo 14: Modo, condiciones y estilo de vida

Capítulo 15: Promoción y educación para la salud

Capítulo 16: Comunicación en salud y técnicas de educación sanitaria

Parte V: Atención a la salud

Capítulo 17: Género y salud

Capítulo 18: Municipios y entornos por la salud

Capítulo 19: Salud familiar

Capítulo 20: Salud escolar

Capítulo 21: Salud mental

Capítulo 22: Salud bucal

Capítulo 23: Salud sexual y reproductiva

Capítulo 24: Salud sexual, sexualidad y trastornos sexuales

Capítulo 25: Crecimiento y desarrollo

Capítulo 26: Higiene personal

Parte VI: Medioambiente

Capítulo 27: Salud ambiental

Capítulo 28: Control de la contaminación del aire

Capítulo 29: Control del agua de consumo

Capítulo 30: Control de los alimentos

Capítulo 31: Suelo y control sanitario de los desechos sólidos

Capítulo 32: Control de vectores

Capítulo 33: Higiene de la vivienda y sus alrededores

Parte VII: Alimentación y nutrición

Capítulo 34: Generalidades sobre alimentación y nutrición

- Capítulo 35: Alimentación y nutrición en la embarazada
- Capítulo 36: Lactancia materna
- Capítulo 37: Alimentación y nutrición en el niño menor de dos años
- Capítulo 38: Alimentación y nutrición en el niño de edad preescolar
- Capítulo 39: Alimentación y nutrición en el niño de edad escolar y hasta los 11 años
- Capítulo 40: Alimentación y nutrición en la adolescencia
- Capítulo 41: Alimentación y nutrición en el adulto
- Capítulo 42: Alimentación y nutrición en el adulto mayor

Volumen II: Salud y Medicina

Parte VIII: Cuidados preventivos

- Capítulo 43: Factores de riesgo y enfoque preventivo
- Capítulo 44: Vacunación/inmunización
- Capítulo 45: Pesquisa activa

Parte IX: Genética y asesoramiento genético en atención primaria de salud

- Capítulo 46: Genética médica en la atención primaria de salud
- Capítulo 47: Detección de riesgo genético preconcepcional

Parte X: Atención integral a grupos poblacionales y de riesgo

- Capítulo 48: Atención prenatal
- Capítulo 49: Atención al niño
- Capítulo 50: Atención al adolescente
- Capítulo 51: Atención al adulto
- Capítulo 52: Atención al trabajador
- Capítulo 53: Atención en centros laborales
- Capítulo 54: Atención en centros educacionales
- Capítulo 55: Atención al adulto mayor
- Capítulo 56: Atención ambiental
- Capítulo 57: Atención al paciente terminal
- Capítulo 58: Atención integral para el control del cáncer

Parte XI: Familia

- Capítulo 59: Familia en el ejercicio de la medicina general integral
- Capítulo 60: Campo de la salud familiar
- Capítulo 61: Enfoque e intervención familiar en la atención sanitaria integral
- Capítulo 62: Tratamiento a la familia
- Capítulo 63: Orientación familiar para promover salud
- Capítulo 64: Familia en el proceso salud-enfermedad
- Capítulo 65: Instrucciones para llenar la historia de salud familiar
- Capítulo 66: Atención a la familia del paciente en situación terminal
- Capítulo 67: Entrevista familiar
- Capítulo 68: Planificación familiar y anticoncepción
- Capítulo 69: Riesgo reproductivo

Parte XII: Comunidad

- Capítulo 70: Participación comunitaria, social y popular
- Capítulo 71: Análisis de la situación de salud
- Capítulo 72: Diagnóstico comunitario de salud mental
- Capítulo 73: Participación popular en el análisis de la situación de salud. Identificación y priorización de problemas
- Capítulo 74: Técnicas participativas en el análisis de la situación de salud

Capítulo 75: Trabajo comunitario integrado

Capítulo 76: Diagnóstico educativo. Programa de promoción y educación para la salud

Volumen III: Salud y Medicina

Parte XIII: Epidemiología

Capítulo 77: Epidemiología en la atención primaria de salud

Parte XIV: Demografía

Capítulo 78: Demografía en la atención primaria de salud

Parte XV: Gestión en el ejercicio de la medicina general integral

Capítulo 79: Administración en el consultorio médico de familia

Capítulo 80: Actuación y responsabilidad médico legal en atención primaria de salud

Parte XVI: Situaciones excepcionales. Medicina de desastres

Capítulo 81: Planificación para situaciones especiales

Capítulo 82: Aseguramiento médico en situaciones especiales

Capítulo 83: Salud mental en situaciones de desastre

Parte XVII: Deficiencia, discapacidad, minusvalía y rehabilitación

Capítulo 84: Atención al paciente deficiente, discapacitado y minusválido

Capítulo 85: Rehabilitación psicosocial en atención primaria de salud

Parte XVIII: Docencia, investigación e información en atención primaria de salud

Capítulo 86: Formación académica y perfil profesional del médico general integral

Capítulo 87: Investigación en atención primaria de salud

Capítulo 88: Recursos generales de informática para atención primaria de salud

Capítulo 89: Gestión de información en ciencias de la salud

Parte XIX: Técnicas diagnósticas y terapéuticas

Capítulo 90: Cultura física profiláctica y terapéutica

Capítulo 91: Medicina natural y tradicional en atención primaria de salud

Capítulo 92: Principales procedimientos diagnósticos y terapéuticos para el trabajo del equipo básico de salud

Volumen IV: Principales afecciones en los contextos familiar y social

Parte XX: Lesiones a la salud

Capítulo 93: Accidentes

Capítulo 94: Violencia

Capítulo 95: Violencia intrafamiliar

Capítulo 96: Maltrato infantil

Parte XXI: Problemas más frecuentes del sistema respiratorio

Capítulo 97: Afecciones de la nariz, garganta y oídos

Capítulo 98: Afecciones respiratorias

Parte XXII: Problemas más frecuentes del sistema cardiovascular

Capítulo 99: Afecciones cardíacas

Capítulo 100: Afecciones vasculares

Parte XXIII: Problemas más frecuentes del sistema digestivo

Capítulo 101: Afecciones bucodentales

Capítulo 102: Afecciones digestivas y de la cavidad abdominal

Parte XXIV: Trastornos de nutrición

Capítulo 103: Afecciones por exceso y por defecto

Parte XXV: Problemas más frecuentes del sistema genitourinario

Capítulo 104: Afecciones genitourinarias

Capítulo 105: Afecciones ginecológicas

Parte XXVI: Problemas más frecuentes de las mamas

Capítulo 106: Afecciones mamarias

Parte XXVII: Obstetricia y situaciones propias de la mujer

Capítulo 107: Parto y puerperio

Capítulo 108: Afecciones coligadas al embarazo

Capítulo 109: Traumatismos del parto

Parte XXVIII: Problemas más frecuentes del sistema hemolinfopoyético

Capítulo 110 Anemia

Capítulo 111: Neutropenias

Capítulo 112: Púrpura trombocitopénica inmunológica

Capítulo 113: Afecciones malignas

Volumen V: Principales afecciones en los contextos familiar y social

Parte XXIX: Problemas metabólicos y endocrinos más frecuentes

Capítulo 114: Amenorreas

Capítulo 115: Afecciones de la tiroides

Capítulo 116: Afecciones del páncreas

Capítulo 117: Alteraciones de los lípidos

Parte XXX: Problemas más frecuentes de los ojos

Capítulo 118: Disminución de la capacidad visual

Capítulo 119: Afecciones inflamatorias y traumáticas

Parte XXXI: Afecciones más frecuentes del sistema nervioso central

Capítulo 120: Enfermedad cerebrovascular

Capítulo 121: Neuropatías periféricas

Capítulo 122: Cefaleas

Capítulo 123: Enfermedad de Parkinson

Capítulo 124: Epilepsias

Capítulo 125: Parálisis facial periférica y cerebral infantil

Capítulo 126: Coma

Parte XXXII: Problemas musculoesqueléticos más frecuentes

Capítulo 127: Afecciones articulares y del tejido conectivo

Capítulo 128: Afecciones osteomioarticulares

Capítulo 129: Lesiones traumáticas del sistema osteomioarticular

Parte XXXIII: Problemas más frecuentes de la piel y faneras

Capítulo 130: Afecciones de la piel y las uñas

Parte XXXIV: Afecciones más frecuentes de la psiquis, la conducta y la relación. Problemas de salud mental

Capítulo 131: Trastornos específicos del aprendizaje

Capítulo 132: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Capítulo 133: Trastornos de la eliminación

Capítulo 134: Trastornos del sueño

Capítulo 135: Trastornos de la conducta alimentaria

Capítulo 136: Trastorno monosintomático: TICS
Capítulo 137: Trastornos de adaptación
Capítulo 138: Retraso mental
Capítulo 139: Autismo
Capítulo 140: Salud mental y afecciones más frecuentes de la psiquis
Capítulo 141: Urgencias psiquiátricas en atención primaria de salud
Capítulo 142: Conducta suicida y su manejo en atención primaria de salud
Capítulo 143: Terapéutica psiquiátrica en atención primaria de salud
Capítulo 144: Alcoholismo y otras adicciones. Su atención en salud
Capítulo 145: Comorbilidad en afecciones de la psiquis

Parte XXXV: Problemas infecciosos más frecuentes

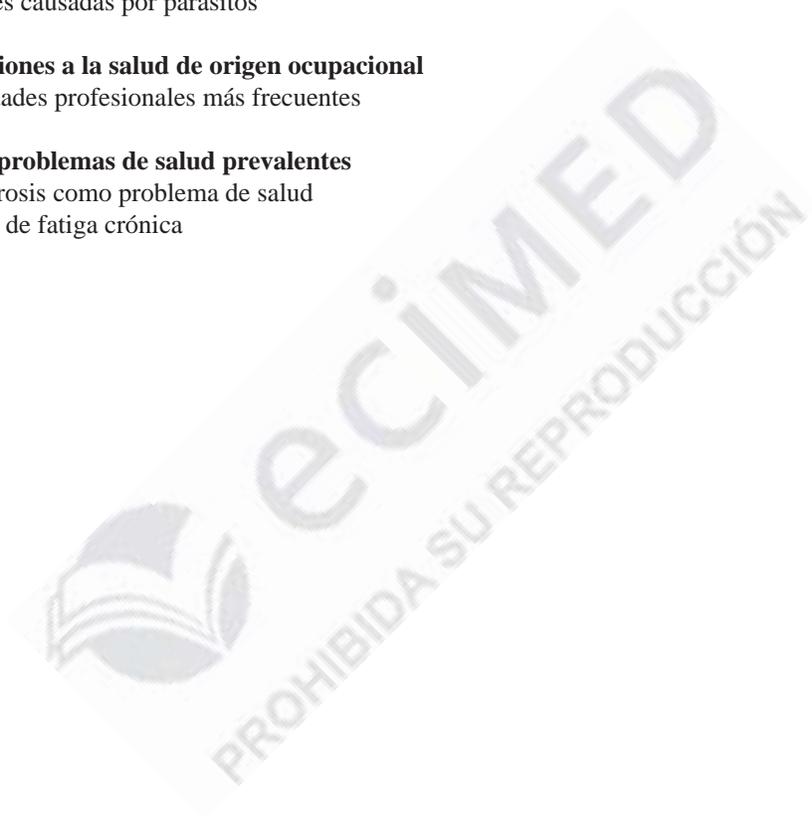
Capítulo 146: Afecciones causadas por bacterias
Capítulo 147: Afecciones causadas por virus
Capítulo 148: Afecciones causadas por parásitos

Parte XXXVI: Alteraciones a la salud de origen ocupacional

Capítulo 149: Enfermedades profesionales más frecuentes

Parte XXXVII: Otros problemas de salud prevalentes

Capítulo 150: Aterosclerosis como problema de salud
Capítulo 151: Síndrome de fatiga crónica



Contenido

Volumen II. Salud y Medicina

Parte VIII. Cuidados preventivos

Capítulo 43. Factores de riesgo y enfoque preventivo/ 369

- Prevención y factores de riesgo/ 369
- Riesgo, factores de riesgo y prevención/ 369
- Bibliografía/ 376

Capítulo 44. Vacunación/inmunización/ 377

- Fundamentos/ 377
- Tipos de vacunas/ 378
- Sustancias inmunobiológicas/ 378
- Maduración del sistema inmunológico y vacunación/ 378
- Contraindicaciones y reacciones secundarias/ 379
- Clasificación de las vacunas por la OMS/ 380
- Esquema de inmunización/ 380
- Comentarios/ 380
- Vigilancia: parotiditis, rubéola y sarampión/ 383
- Vacunas en el siglo XXI/ 383
- Bibliografía/ 383

Capítulo 45. Pesquisa activa/ 384

- Interrogantes para el desarrollo del pesquise activo/ 384
- Pesquisa activa y método clínico/ 385
- Consideraciones/ 387
- Bibliografía/ 387

Parte IX. Genética y asesoramiento genético en la atención primaria de salud

Capítulo 46. Genética médica en la atención primaria de salud/ 389

- Enfermedades genéticas/ 389
- Árbol genealógico: un instrumento indispensable/ 391
- Herencias mendelianas/ 391
- Dismorfología/ 393
- Discapacidad intelectual/ 404
- Discapacidades visuales de origen genético/ 409
- Discapacidades auditivas/ 414
- Discapacidades motoras/ 415
- Genodermatosis/ 419
- Fallas reproductivas/ 423
- Conclusiones/ 425
- Bibliografía/ 425

Capítulo 47. Detección de riesgo genético preconcepcional/ 426

- Identificación del riesgo genético preconcepcional/ 426
- Enfermedades genéticas de herencia mendeliana / 428
- Condiciones genéticas cromosómicas/ 429
- Herencia multifactorial y enfermedades comunes/ 430
- Asesoramiento genético / 436
- Repercusión psicológica en las personas afectadas/ 437
- Bibliografía/ 438

Parte X. Atención integral a grupos poblacionales y de riesgo

Capítulo 48. Atención prenatal/ 439

- Características/ 439
- Cronología y conducta en la atención prenatal durante el embarazo normal/ 440
- Programa cubano de Atención Materno-Infantil/ 445
- Programa para la reducción del bajo peso al nacer/ 446
- Programa para la prevención y atención médica de las hemoglobinopatías/ 446
- Programa de ultrasonografía/ 446
- Programa de determinación de alfafetoproteína/ 446
- Programa para el diagnóstico prenatal citogenético/ 446
- Bibliografía/ 446

Capítulo 49. Atención al niño/ 447

- Puericultura/ 447
- Etapas/ 447
- Atención al recién nacido normal/ 448
- Atención al recién nacido pretérmino y de bajo peso/ 451
- Atención a las alteraciones en el periodo neonatal/ 453
- Atención a lactantes, preescolares y escolares/ 456
- Programa cubano de Atención Materno-Infantil/ 459
- Bibliografía/ 460

Capítulo 50. Atención al adolescente/ 461

- Particularidades de las etapas/ 461
- Valoración sanitaria/ 462
- Bibliografía/ 466

Capítulo 51. Atención al adulto/ 467

- Particularidades por grupos de población/ 467
- Valoración sanitaria/ 467
- Intervención/ 468
- Pesquisaje de enfermedades/ 472
- Bibliografía/ 473

Capítulo 52. Atención al trabajador/ 474

- Factores de la tríada en la salud ocupacional/ 474
- Definiciones para determinación y estudio de los riesgos/ 474
- Elementos para determinar un accidente de trabajo/ 475
- Fases para elaborar planes de medidas de prevención/ 475
- Principales índices de accidentabilidad/ 475
- Medios técnicos de protección/ 475
- Ramas de la economía con mayores riesgos/ 476
- Clasificación de los riesgos ocupacionales/ 476
- Chequeo médico al trabajador/ 476
- Normas de protección e higiene del trabajo/ 477
- Discapacidad en el trabajador/ 477
- Rehabilitación al trabajador/ 478
- Bibliografía/ 479

Capítulo 53. Atención en centros laborales/ 480

- Funciones del médico de familia en centros laborales/ 480
- Bibliografía/ 482

Capítulo 54. Atención en centros educacionales/ 483

- Funciones del médico de familia ubicado en las escuelas/ 483
- Funciones del médico ubicado en círculos infantiles/ 485
- Bibliografía / 487

Capítulo 55. Atención al adulto mayor/ 488

- Envejecimiento poblacional en el contexto mundial/ 488
- Evolución del envejecimiento en la población cubana/ 488

Caracterización epidemiológica/ 489
Envejecimiento individual/ 490
Prevención de problemas en el adulto mayor/ 491
Evaluación de la salud en el adulto mayor/ 494
Grandes síndromes geriátricos/ 497
Bibliografía/ 517

Capítulo 56. Atención ambiental/ 518

Atención primaria ambiental en Cuba/ 518
Integración programática/ 519
Proyectos comunitarios/ 519
Consideraciones/ 519
Bibliografía/ 520

Capítulo 57. Atención al paciente en situación terminal/ 521

Enfermedad terminal/ 521
Cuidados paliativos/ 522
Atención de los síntomas principales en pacientes terminales en la atención primaria de salud/ 522
Comunicación y apoyo familiar/ 526
Bibliografía/ 527

Capítulo 58. Atención integral para el control del cáncer/ 528

Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención/ 528
Control del cáncer/ 529
Bibliografía/ 532

Parte XI. Familia

Capítulo 59. Familia en el ejercicio de la medicina general integral/ 533

Concepto de familia/ 533
Familia como categoría psicológica/ 534
Familia como sistema/ 534
Funciones de la familia en la salud y la enfermedad/ 536
Estructura de la familia y su representación gráfica/ 537
Situación actual de la familia cubana/ 541
Ciclo vital de la familia y crisis familiares/ 543
Funcionamiento y salud familiar/ 549
Bibliografía/ 554

Capítulo 60. Campo de la salud familiar/ 555

Condicionamiento sociopsicológico de la salud/ 555
Función reguladora de la familia en la salud/ 556
Psicología de las relaciones familiares/ 557
Concepto de salud del grupo familiar/ 558
Dimensiones configurativas del campo de salud del grupo familiar/ 559
Procesos críticos de la vida familiar/ 559
Inventario de problemas de salud del grupo familiar/ 565
Bibliografía/ 567

Capítulo 61. Enfoque e intervención familiar en la atención sanitaria integral/ 569

Aplicaciones del enfoque familiar en la salud/ 571
Intervención psicológica familiar/ 574
Intervención terapéutica/ 579
Bibliografía/ 581

Capítulo 62. Tratamiento a la familia/ 583

Diferencias entre terapia familiar y terapia de grupo/ 583
Evaluación y diagnóstico/ 587
Definición de objetivos y diseño de la estrategia/ 589
Técnica para orientar a la familia/ 593
Bibliografía/ 597

Capítulo 63. Orientación familiar para promover salud/ 598

Para contrarrestar los factores de riesgo/ 598

Para alentar la capacidad de resolver problemas/ 604
Para enseñar cómo utilizar el humor/ 605
Para enseñar a escuchar en forma activa/ 605
Para enseñarles a los niños el control emocional/ 606
Para ayudar a un niño a integrarse a los grupos/ 606
Para destacar el valor del aprendizaje/ 607
Para estimular que los niños expresen sus sentimientos/ 608
Para enfrentar la muerte/ 608
Bibliografía/ 610

Capítulo 64. Familia en el proceso salud enfermedad/ 612

Familia en la promoción de salud y prevención de enfermedad/ 613
Familia en el tratamiento de la enfermedad/ 615
Familia en el proceso de rehabilitación y muerte/ 618
Bibliografía / 620

Capítulo 65. Instrucciones para llenar la historia de salud familiar/ 621

Instrucciones para el llenado y revisión/ 621

Capítulo 66. Atención a la familia del paciente en situación terminal/ 625

Comportamientos observados en familiares cuidadores/ 625
Evolución de la actitud familiar y factores que influyen sobre esta/ 625
Atención a la familia del enfermo terminal/ 626
Bibliografía/ 626

Capítulo 67. Entrevista familiar/ 627

Particularidades/ 627
Elementos importantes para su aplicación/ 627
Bibliografía/ 631

Capítulo 68. Planificación familiar y anticoncepción/ 632

Planificación familiar/ 632
Anticoncepción/ 634
Bibliografía/ 652

Capítulo 69. Riesgo reproductivo/ 654

Acciones a desarrollar para mejorar la salud materno-infantil en la etapa preconcepcional/ 658
Bibliografía/ 660

Parte XII. Comunidad

Capítulo 70. Participación comunitaria, social y popular/ 661

Participación social/ 661
Participación popular/ 662
Bibliografía/ 664

Capítulo 71. Análisis de la situación de salud/ 665

Análisis de situación de salud: uso de la epidemiología y función esencial de salud pública/ 666
Modalidades, tipos, espacios y niveles para el análisis de situación de salud/ 667
Procedimientos metodológicos para confeccionar el análisis de situación de salud/ 669
Utilización del ASIS en los servicios/ 674
Conclusiones/ 674
Bibliografía/ 674

Capítulo 72. Diagnóstico comunitario de salud mental/ 676

Esquema general del diagnóstico de salud mental comunitario/ 676
Bibliografía/ 683

Capítulo 73. Participación popular en el análisis de la situación de salud. Identificación y priorización de problemas/ 684

Introducción/ 684
Plan de acción y participación popular/ 685
Supervisión y evaluación/ 686
Bibliografía/ 687

Capítulo 74. Técnicas participativas en el análisis de la situación de salud/ 688

¿Qué son las técnicas cualitativas?/ 689

Descripción de las técnicas participativas más utilizadas/ 691

Técnicas para identificar problemas/ 697

Técnicas para identificación y análisis causal de los problemas/ 699

Técnicas para priorización de problemas/ 700

Técnicas de análisis de posibles soluciones a los problemas/ 701

Técnicas de opinión de expertos/ 702

Algunas consideraciones éticas imprescindibles/ 703

Consideraciones finales/ 704

Bibliografía/ 705

Capítulo 75. Trabajo comunitario integrado/ 706

Escenario estratégico/ 706

Actividad económica/ 706

Lugar y papel de las comunidades en Cuba/ 706

Elementos para un trabajo comunitario integrado/ 708

Bibliografía/ 710

Capítulo 76. Diagnóstico educativo. Programa de promoción y educación para la salud/ 711

Planificación/ 711

Diagnóstico educativo/ 711

Objetivos/ 712

Diseño de los mensajes/ 713

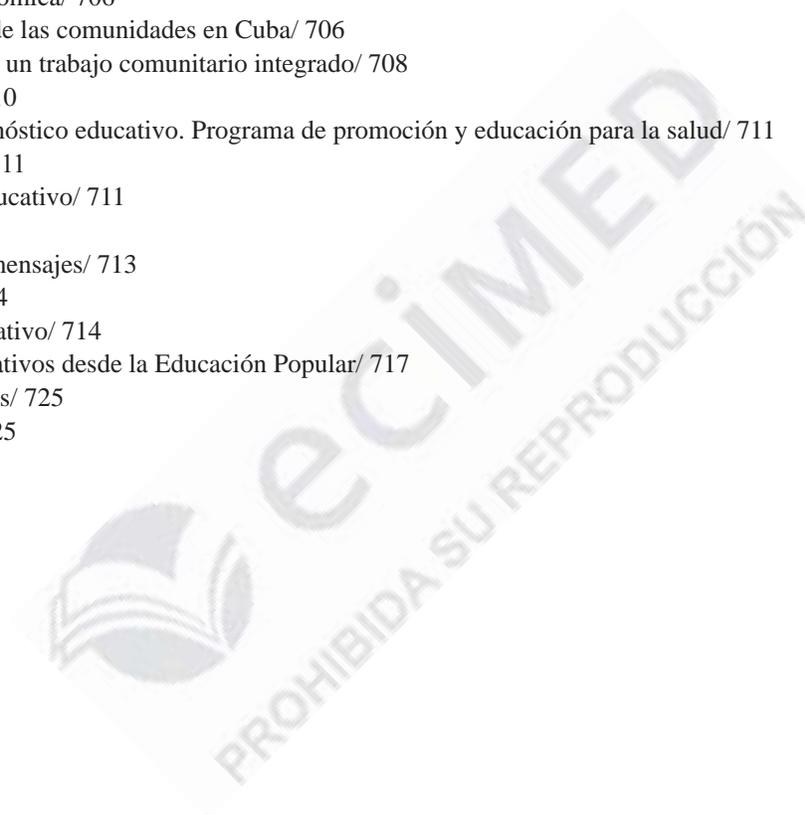
Evaluación/ 714

Programa educativo/ 714

Criterios evaluativos desde la Educación Popular/ 717

Consideraciones/ 725

Bibliografía/ 725



Capítulo 74. Técnicas participativas en el análisis de la situación de salud/ 688

¿Qué son las técnicas cualitativas?/ 689

Descripción de las técnicas participativas más utilizadas/ 691

Técnicas para identificar problemas/ 697

Técnicas para identificación y análisis causal de los problemas/ 699

Técnicas para priorización de problemas/ 700

Técnicas de análisis de posibles soluciones a los problemas/ 701

Técnicas de opinión de expertos/ 702

Algunas consideraciones éticas imprescindibles/ 703

Consideraciones finales/ 704

Bibliografía/ 705

Capítulo 75. Trabajo comunitario integrado/ 706

Escenario estratégico/ 706

Actividad económica/ 706

Lugar y papel de las comunidades en Cuba/ 706

Elementos para un trabajo comunitario integrado/ 708

Bibliografía/ 710

Capítulo 76. Diagnóstico educativo. Programa de promoción y educación para la salud/ 711

Planificación/ 711

Diagnóstico educativo/ 711

Objetivos/ 712

Diseño de los mensajes/ 713

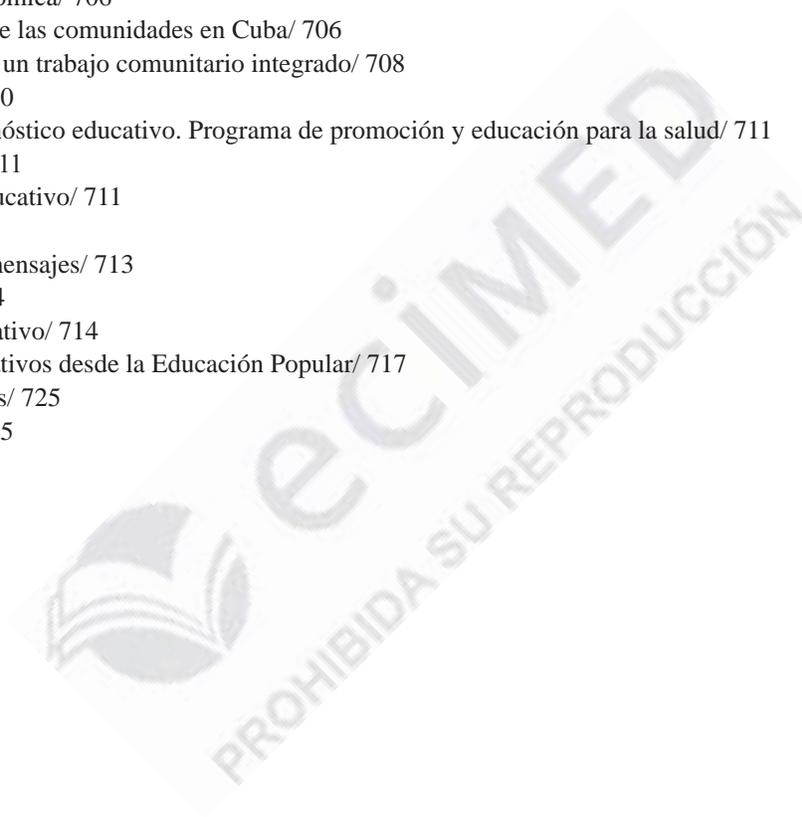
Evaluación/ 714

Programa educativo/ 714

Criterios evaluativos desde la Educación Popular/ 717

Consideraciones/ 725

Bibliografía/ 725





FACTORES DE RIESGO Y ENFOQUE PREVENTIVO

*José Antonio Montano Luna
Vicente I. Prieto Díaz*

Prevención y factores de riesgo

Se conoce por prevención a la acción de prepararse y disponerse anticipadamente para evitar un riesgo. La prevención en salud considera un conjunto de acciones, actuaciones y consejos médicos encaminados a evitar las enfermedades y sus complicaciones.

La salud pública en Cuba tiene entre sus funciones fundamentales la prevención y por ello uno de los pilares del Programa de Atención del Médico y Enfermera de la Familia es precisamente la prevención, con acciones a nivel del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.

La prevención se inicia con una amenaza, una enfermedad o un riesgo ambiental y busca la protección de cuantas personas sea posible, y, además, se dirige a sus consecuencias adversas a la salud. Ella tiene como objetivo impedir la aparición, el desarrollo y la prolongación de enfermedades, sean transmisibles o no, en una persona, una familia o un grupo poblacional. Para ello, se ha de favorecer el mantenimiento de la salud y el establecimiento de barreras a los factores que determinan o favorecen la ocurrencia de estas enfermedades, así como lograr el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación oportuna para evitar y limitar la invalidez que pueda ocasionar.

Un enfoque preventivo tiene como base la conservación, el cuidado y la restauración de la salud para no perderla o para mejorarla al máximo, lo que representa, a la par, una incuestionable reducción en cuanto a costos para la salud, ya que resulta más caro el tratamiento, control y rehabilitación que su prevención.

Se ha formulado como enunciado que “si la gente se está cayendo por un precipicio, es más humano y más

barato colocar una defensa o cerca en la altura, que construir un hospital perfectamente dotado en personal y material en el fondo”.

Los factores de riesgo son de gran interés para la salud pública, ya que al identificarlos se posibilita su manejo para impedir o interrumpir el desarrollo de una afección y sus consecuencias.

La disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, en muchos países, ha estado determinada por la aplicación de medidas preventivas y terapéuticas específicas. Por ejemplo, la vacunación ha contribuido de manera decisiva a reducir la mortalidad por estas entidades.

La prevención abarca también otros campos de la salud pública, imbricándose de forma significativa en programas tales como: salud ocupacional, salud ambiental, enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros.

Riesgo, factores de riesgo y prevención

Se define como riesgo a la probabilidad de sufrir un daño, enfermar o morir de una determinada afección o accidente en presencia de determinadas circunstancias que inciden en una persona, grupo de personas, comunidad o ambiente. Expresa la proximidad de un daño o que pueda suceder o no. Los factores de riesgo son el conjunto de fenómenos de los cuales depende esta probabilidad, así que un factor de riesgo puede definirse como un atributo o característica que le confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer una enfermedad o alteración de la salud.

Es un factor de riesgo cualquier fenómeno físico, químico, biológico o sicosocial, o alguna enfermedad previa al efecto en salud que se esté estudiando, por estar relacionada con su aparición.

Por las razones antes mencionadas, una estrategia de prevención debe dar máxima prioridad a la lucha contra los factores de riesgo.

Para que una determinada condición se pueda considerar como factor de riesgo, lo que establece la probable relación causal entre esta y el daño provocado, ha de cumplir indispensablemente con los requisitos siguientes:

- Asociarse con una frecuencia significativa a determinada enfermedad o problema de salud. Pero debe existir una forma de relación entre ellas: un aumento o disminución del factor de riesgo se acompaña de un aumento o disminución de la enfermedad, respectivamente.
- Preceder a la enfermedad durante un período de tiempo determinado: relación de precedencia temporal.
- Poseer un carácter patogénico evidente, es decir, un respaldo teórico bien fundamentado que explique la aparición del daño: plausibilidad biológica.
- Predecir la posterior aparición de la enfermedad a la cual predisponen.

En la literatura actual sobre epidemiología se habla de factor de riesgo como aquel de origen endógeno o exógeno, que puede ser modificado (tabaco: bronquitis crónica; obesidad: hipertensión), y se emplea el término de marcador de riesgo como un concepto reservado a las variables endógenas, que no son modificables (edad, sexo, etc.) y definen a los individuos particularmente vulnerables. Los marcadores señalan un aumento del riesgo de padecer la enfermedad, aunque no tienen influencia directa en su producción, edad, sexo, etc. Véase capítulo 77 “Epidemiología en la atención primaria de salud”.

Clasificación de los factores de riesgo

Los factores de riesgo se han clasificado de acuerdo con diversos criterios; entre ellos: mayores y menores, relacionados con la fuerza de su asociación y consistencia con la aparición del efecto posible, y modificables y no modificables, según puedan ser cambiados a través de medidas de salud o no.

Es posible clasificar los factores de riesgo de acuerdo con su origen, lo que resulta conveniente para su mejor comprensión:

- Relacionados con los estilos de vida:

- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Sedentarismo.
- Obesidad.
- Estrés.
- Tipo de alimentación.

– Biológicos:

- Edad.
- Sexo.
- Niveles de colesterol total y LDL elevados.
- Niveles de colesterol LDLH bajos.
- Hipertensión arterial alta.
- Diabetes mellitus.

– Ambientales:

- Aire.
- Agua.
- Suelo.

– Socioeconómicos:

- Status laboral.
- Ingreso.
- Nivel educacional.
- Pérdidas familiares.

Otras clasificaciones de los factores de riesgo se realizan atendiendo a diversos ejes, tales como: tiempo de actuación y la probabilidad de daño (permanente, acumulativo y ocasional), posibilidad de actuar sobre el factor (modificable y no modificable) y atendiendo a la población que afecta (individual y grupal).

Existe una serie de factores de riesgo cuyas consideraciones aún se hallan bajo investigación. Entre ellos se pueden señalar:

- Emociones y personalidad: se sigue debatiendo acerca de este tema sin llegar a conclusiones definitivas. La mayoría de las personas le dan un peso muy importante a las emociones como causa directa de infartos al corazón. Los factores psicológicos no solo tienen repercusión en el origen de la enfermedad, sino que pueden desempeñar un papel importante en el pronóstico. Si una persona está deprimida en el momento de sufrir un infarto al corazón, sus posibilidades de morir en los próximos 6 meses se incrementa cinco veces en relación con individuos no deprimidos.
- Lipoproteína (a) elevada: esta sustancia forma parte de la molécula de LDL-colesterol que transporta el colesterol del hígado a los tejidos, y se correlaciona con un aumento a largo plazo de riesgo de isquemia del corazón. Las mujeres posmenopáusicas con problemas cardíacos y niveles altos de lipoproteína (a) pueden beneficiarse del reemplazo hormonal.
- Homocisteína elevada: existe una gran controversia en la actualidad en este tema. Algunos investigadores

consideran que pronto será reconocida como un factor de riesgo mayor para el desarrollo de aterosclerosis. Existen estudios que han demostrado que niveles altos de homocisteína aumentan la incidencia de enfermedad cardíaca, enfermedad vascular cerebral y la formación de trombos venosos, sin embargo, su confirmación definitiva como factor de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis requiere de un estudio a gran escala, lo que está pendiente y podría tomar años. Lo que hace tan interesante la homocisteína para los médicos es que puede ser fácilmente manipulada con cambios dietéticos. Las personas que no consumen cantidades adecuadas de ácido fólico y vitamina B6 tienden a tener niveles altos de homocisteína, por lo tanto, la administración de estas sustancias corrige el problema.

- Infecciones: este es un factor sumamente controversial por el momento, pero cada día se acumula más información que relaciona cierto tipo de infecciones con aterosclerosis. El organismo más incriminado como posible causa es una bacteria llamada *Chlamydia pneumoniae* que presenta un comportamiento entre bacteria y virus, se encuentra en todo el mundo y es bastante común. Algunos investigadores han presentado estudios con un número limitado de pacientes que demuestran una mayor incidencia de anticuerpos contra esta bacteria en pacientes enfermos del corazón. También han utilizado antibióticos en el tratamiento de anginas inestables con resultados interesantes.
- Proteína C-reactiva: durante muchos años se ha empleado como un marcador inespecífico de inflamación. En los últimos tiempos se ha observado que niveles altos de esta sustancia se vinculan con un aumento en la incidencia de infartos, y los pacientes que sufren de angina de pecho tienen un mayor riesgo de sufrir un evento mayor o infarto al corazón. La proteína C-reactiva no se considera oficialmente un factor de riesgo, pero cada vez se emplea con mayor frecuencia en pacientes internados con angina inestable. El empleo de aspirina puede ayudar a disminuir sus niveles.

Factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen las primeras causas de muerte en Cuba; donde se registran una alta prevalencia y creciente incidencia de varias de ellas, para ocupar las primeras causas de muerte en la población general, hecho también común en muchos países, especialmente en aquellos de mayor desarrollo. Dada esta situación, la atención a estas enfermedades se convierte en un objetivo estratégico de

alta prioridad para la salud pública cubana. Véase capítulo 77 “Epidemiología en la atención primaria de salud”.

Los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles han sido muy estudiados dadas su magnitud y tendencia a nivel mundial. A continuación se muestran aquellos que se han considerado como principales para algunas de estas enfermedades:

- Cáncer: tabaquismo, alcoholismo, inadecuados hábitos nutricionales, ocupación, exposiciones industriales y contaminación atmosférica.
- Hipertensión arterial: antecedentes familiares de presión arterial elevada, labilidad tensional en niños o adolescentes, antecedentes de nefropatías, obesidad, alto consumo de sal en la dieta, hipertensión durante el embarazo, estrés emocional mantenido, hiperuricemia.
- Diabetes mellitus: factores genéticos, obesidad (mayor del 30 %) para la DM tipo II, sedentarismo (para el tipo II), antecedentes familiares (para el tipo I), familiar de primer grado diabético (para DM tipo I) y consumo inadecuado de algunos medicamentos (corticoides, contraceptivos hormonales, difenilhidantoína y beta-bloqueadores).
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: tabaquismo, contaminación atmosférica, exposición a irritantes en el ambiente laboral (minas e industria textil, entre otros), infecciones respiratorias (bacterianas y virales), alergia a alérgenos inhalantes, alimentarios, bacterianos y micóticos, medicamentos, etc.
- Enfermedades cardiovasculares: sexo, edad, colesterol, tabaquismo, hipertensión arterial y alta ingestión de grasas saturadas y de calorías.
- Enfermedades cerebrovasculares: la hipertensión arterial, el hábito de fumar, el sedentarismo, la obesidad, las cifras altas de colesterol y la diabetes mellitus.

Una descripción de factores de riesgo asociados a las enfermedades con elevada morbilidad y mortalidad aparece en el capítulo 51 “Atención al adulto”.

Factores de riesgo para las enfermedades transmisibles

La disminución progresiva de la mortalidad por enfermedades transmisibles en los países desarrollados ha hecho pensar a muchas personas que estas, desde el advenimiento del antibiótico y otras medidas sanitarias, estaban prácticamente vencidas. Es cierto que la mortalidad y la morbilidad de muchas de estas causas han disminuido de forma considerable, incluso algunas como la viruela ha sido erradicada a escala mundial. Véase capítulo 77 “Epidemiología en la atención primaria de salud”.

Sin embargo, las enfermedades transmisibles aún continúan representando un grave problema para el mundo, y provocan el mayor número de casos de muerte a diario en todos los continentes, en particular en los países pobres o en vías de desarrollo, donde factores nutricionales y ambientales incrementan la susceptibilidad de determinados grupos poblacionales, caracterizados por la pobreza. Existen, además, otras condiciones propias de estas entidades como los fenómenos de la mutación, resistencia e interacción que hacen más complejo el panorama y contribuyen a agravar la situación, a partir de la aparición de enfermedades reemergentes que estaban en vías de erradicación, como la tuberculosis y la malaria.

Son muchos los factores de riesgo que explican la permanencia y variación de las enfermedades infecciosas, entre ellos figuran en primer término la pobreza, la que a su vez se asocia con una serie de factores específicos como: disponibilidad de agua potable y de sistemas adecuados de eliminación de residuales, hacinamiento, calidad de vivienda y la alimentación, todas íntimamente relacionadas con las condiciones sociales y económicas de un país, y que deben constituir una prioridad en la política de salud de cada estado.

Para estas afecciones las medidas de prevención se establecen en cada componente de la cadena epidemiológica, según se refiere a continuación:

- Fuente de infección: hombre o animal enfermos o portadores, sangre, heces, orina y exudados mucosos:
 - Aislamiento.
 - Vigilancia.
 - Desparasitación.
 - Tratamiento precoz.
 - Encuesta y ficha epidemiológica.

- Vehículo de infección y medios de transmisión: agua, alimento, polvo, aire, contactos, artrópodos, suelo, roedores y otros vectores):
 - Saneamiento.
 - Desinfección.
 - Desinsectación.
 - Desratización.
- Hombre sano: vía de infección respiratoria, digestiva, cutánea, y placentaria):
 - Vacunación.
 - Seroprevención.
 - Quimioprofilaxis.
 - Gammaglobulinoprofilaxis.
 - Educación sanitaria.

Estrategias para la prevención

El conocimiento de la distribución de los factores de riesgo en diferentes grupos sociales es importante para planificar políticas de prevención. El propio factor de riesgo puede usarse como indicador para evaluar la eficacia de intervenciones preventivas. Los programas de prevención pueden estar dirigidos a modificar estos factores, por ejemplo: Programa de diagnóstico precoz y control de la hipertensión arterial, Programa para la deshabitación del hábito de fumar, entre otros; o pueden estar dirigidos a cambiar los determinantes de los factores de riesgo: programas que abordan temas a nivel de la sociedad en su conjunto, tales como, limitaciones de la publicidad para el tabaco, disponibilidad de instalaciones recreativas, organización del trabajo y reglamentos en lo referente a los cinturones de seguridad, etc.

En Cuba, las acciones de prevención juegan un rol prioritario en los Programas Nacionales de Salud, ejemplo de las cuales se pueden observar en la tabla 43.1.

Tabla 43.1 Acciones de prevención en Programas Nacionales de Salud

Programa de salud	Ejemplos de actividades preventivas
Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial	Control del peso corporal, disminuyendo la obesidad; incremento de la actividad física, disminuyendo el sedentarismo; eliminación o disminución a niveles no dañinos de la ingestión de alcohol, reduciendo la ingesta de grasa; lograr una adecuada educación nutricional sobre una ingesta con equilibrio energético y proporcionadora de micronutrientes que favorecen la salud; eliminación del hábito de fumar
Programa Nacional de Asma Bronquial	Considerar a todo niño con antecedentes alérgicos como caso de riesgo de padecer asma bronquial; identificar los factores de riesgo de la localidad para promover acciones de intervención correspondientes; educación para la salud a pacientes y familiares sobre el control de la enfermedad; utilizar tratamientos terapéuticos intercrisis, incluyendo la rehabilitación respiratoria, atención psicológica y medicina natural y tradicional
Programa Nacional de Prevención y Control de la Cardiopatía Isquémica	Disminución de las grasas saturadas de la dieta, control de la hipertensión arterial, control de la diabetes mellitus, ejercicio físico, control de sobrepeso, control del estrés, y de los factores de riesgo laboral
Programa Nacional de Tuberculosis	Vacunación con BCG; quimioprofilaxis a personas con alto riesgo de desarrollar una tuberculosis; inclusión de la prueba de tuberculina en el examen preempleo y periódico a todo el personal que labore en laboratorios de TB.

Cuatro de las principales enfermedades no transmisibles, es decir las cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes, están asociadas con factores de riesgo prevenibles comunes relacionados con el modo de vida. Por lo tanto, la prevención de estas afecciones debe concentrarse en la lucha integrada contra esos factores de riesgo. La intervención a escala familiar y comunitaria es esencial para prevenir estas enfermedades, porque los factores causales de riesgo están profundamente enraizados en el entorno sociocultural.

Entre las intervenciones aplicables a toda la población, las prácticas óptimas incluyen medidas de lucha contra el tabaco, como el aumento del gravamen al que está sometido y la prohibición de hacer publicidad y fumar en espacios públicos; el incremento de los impuestos que gravan el alcohol y la prohibición de la publicidad del alcohol; la reducción de la ingestión de sal; La sustitución de grasas en los alimentos por grasas polinsaturadas, la promoción de la concienciación pública sobre la dieta y la actividad física; y la vacunación contra la hepatitis B.

Las acciones que integran las estrategias de prevención se realizan mediante tres formas que se complementan:

- Individual: implica la interacción entre proveedores de salud y beneficiarios.
- Colectiva: requiere el apoyo de grupos de individuos que hagan suyas ciertas normas de comportamiento social. Aquí participan las organizaciones sociales y políticas.
- Administrativa: acciones específicas de salud que pueden lograrse mediante decisiones de carácter administrativo (introducción de hábitos saludables).

Estas acciones tienen lugar en cuatro niveles: primordial, primario, secundario y terciario. Ellos determinan la estrategia de prevención, pues cada nivel incluye diferentes fases relacionadas con la aparición de la enfermedad (tabla 43.2).

Prevención primordial. Este nivel de acción es el más recientemente reconocido y desarrollado. Se basa en los nuevos conceptos de riesgo primordial. El objetivo de la prevención primordial es evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica, cultural y del ambiente físico que contribuyan a elevar el riesgo de enfermedad. Incluye también la atención a los efectos globales de la contaminación atmosférica.

La prevención primordial eficaz requiere, en primer lugar, un fuerte componente educativo y formador de individuos con hábitos de vida y conductas esencialmente sanas, que deben desarrollarse desde las primeras etapas de la vida.

Tabla 43.2 Niveles que determinan la estrategia de prevención

Nivel	Fase de la enfermedad	Población destinada
Primordial	Condiciones subyacentes que llevan a la causa	Población total y grupos seleccionados
Primaria	Factores causales específicos y grupos seleccionados	Población total y personas sanas
Secundaria	Primeros estadios de la enfermedad	Pacientes
Terciaria	Estadios avanzados de la enfermedad: tratamiento y rehabilitación	Pacientes

Además, debe estar apoyada por medidas reguladoras y fiscales enérgicas para detener la promoción y consumo de productos dañinos como el tabaco, el alcohol, las drogas, etc. En muchos casos se requieren políticas coordinadas por diferentes sectores (agricultura, industria, comercio y otras) para estimular y desarrollar estilos de vida sanos, así como evitar formas de vida y patrones de consumo, antes de que estos se arraiguen en la sociedad y en la cultura.

Prevención primaria. Se denomina prevención primaria a todos aquellos actos destinados a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, o sea, reducir la aparición de nuevos casos. Es una acción sobre el tercer eslabón de la cadena epidemiológica. Por ejemplo, en la prevención de la cardiopatía isquémica está demostrado que la reducción en los niveles de colesterol sérico resultan de gran beneficio entre los individuos con elevadas concentraciones en sangre. Se han propuesto, entonces, metas prácticas para el colesterol plasmático medio con fines de prevención primaria.

Otro ejemplo es disminuir la exposición a sustancias tóxicas dañinas para la salud, como gases, solventes orgánicos, metales pesados y otros, hasta niveles mínimos, lo que produce resultados efectivos para evitar varias formas de cáncer.

La prevención primaria incluye dos estrategias básicas: estrategia de población y estrategia de riesgo elevado.

Estrategia de población. Destinada a modificar el estilo de vida y las características ambientales, así como sus determinantes sociales y económicas.

Su fundamento científico deriva del conocimiento epidemiológico de los factores de riesgo. El objetivo de esta estrategia es corregir las causas subyacentes de las enfermedades, lo que requiere una intervención en la población, orientada hacia los factores socioeconómicos, de comportamiento y de modo de vida. Se trata

de reducir en conjunto la prevalencia de los factores de riesgo. Su dificultad mayor estriba en que se trata de modificar algunas de las normas de comportamiento de las sociedades, es decir, del estilo de vida. Por razones tanto de la propia afección como del comportamiento, la prevención debe comenzar en la infancia, por ejemplo, cuando se inicia el proceso de la enfermedad aterosclerótica e hipertensiva, y cuando, al mismo tiempo, se adquieren hábitos de vida.

Los programas incluyen intervenciones específicas, cuya finalidad es modificar los factores de riesgo en el sentido de disminuir su prevalencia en la comunidad. Dichas intervenciones en el caso de enfermedades crónicas no transmisibles pueden ir dirigidas a tres principales factores: la dieta, el hábito de fumar y la hipertensión arterial.

Esta estrategia tiene como ventajas su radicalidad, su potencial para toda la población, además de resultar adecuada para modificar comportamientos. Sus limitaciones estriban en que para las personas objeto de la intervención tiene un escaso beneficio y motivación, un bajo nivel de la relación riesgo-beneficio, así como una baja motivación en el personal médico.

Estrategia de riesgo elevado. Destinada a facilitar atención preventiva a todos los sujetos que estén especialmente expuestos a situación de alto riesgo. En este plano individual, el nivel de factores de riesgo determina la necesidad de asesoramiento específico que está referido, en el caso de enfermedades crónicas no transmisibles, al hábito de fumar, al control de la presión arterial, reducción de colesterol con dieta y, en su caso, con tratamiento farmacológico, actividad física y reducción de peso, control de diabetes, etc.

Esta estrategia tiene como ventajas que resulta adecuada para los individuos, provoca una adecuada motivación para sujetos y médicos, y se da una relación favorable riesgo-beneficio.

Las limitaciones vienen dadas por dificultad en la identificación de los individuos de alto riesgo, porque tiene un efecto temporal y limitado, y es inadecuada para comportamientos.

Prevención secundaria. Se denomina así a todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población con el objetivo de reducir su evolución y duración. Aquí se actúa sobre el primer eslabón de la cadena, bien tratando adecuadamente a un enfermo tras un diagnóstico temprano, o detectando a un paciente aparente sano o portador después de un examen de salud. Para ello es necesario que se disponga de un método seguro para la detección de la afección y de la existencia de métodos terapéuticos eficaces. Ejemplos de enfermedades tributarias de este nivel de prevención

son el cáncer cervicouterino, la fenilcetonuria, la hipertensión (identificación de hipertensos y tratamiento), la tuberculosis (pruebas cutáneas y radiológicas para su diagnóstico).

Prevención terciaria. Se denomina así a todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población y reducir al mínimo la invalidez funcional provocada por la enfermedad.

Atendiendo a los diferentes niveles de prevención señalados, en la práctica del especialista en medicina general integral se desarrollan acciones que son la base para un adecuado enfoque preventivo que tienda a modificar el estilo de vida y las características ambientales, disminuir la prevalencia de los factores de riesgo, de la enfermedad y de las incapacidades.

Dentro de estas acciones se encuentran las siguientes:

- Dispensarizar a la población atendiendo a los factores de riesgo.
- Realizar actividades educativas a toda la población,
- Realizar la vigilancia nutricional.
- Realizar actividades de planificación familiar.
- Identificar en su comunidad los grupos vulnerables de contraer ITS.
- Vacunar a toda la población.
- Detectar tempranamente síntomas y signos de cáncer
- Realizar pesquisaje activo de afecciones crónicas y transmisibles agudas.
- Mantener una pesquisa sistemática e intensificada de sintomáticos respiratorios.
- Desarrollar el análisis de la situación de salud con un enfoque integrado de los factores de riesgo.
- Garantizar la participación comunitaria en la identificación de los principales problemas de salud y en la elaboración del plan de acción con un enfoque preventivo.
- Desarrollar una acción intersectorial.
- Promover las investigaciones relacionadas con la prevención de los factores de riesgo en su área de atención.

La figura 43.1 representa un modelo del control de los factores de riesgo, que se enfoca con dos vertientes: una relacionada con las personas y otra con el personal de salud.

Atendiendo al enfoque relacionado con las personas, la prevención de los factores de riesgo va dirigida a todos los grupos de edades. De esta forma se tiene en cuenta desde la etapa preconcepcional, en la que al garantizar una adecuada planificación familiar la mujer puede lograr un embarazo normal y evitar la exposición a factores de riesgo.

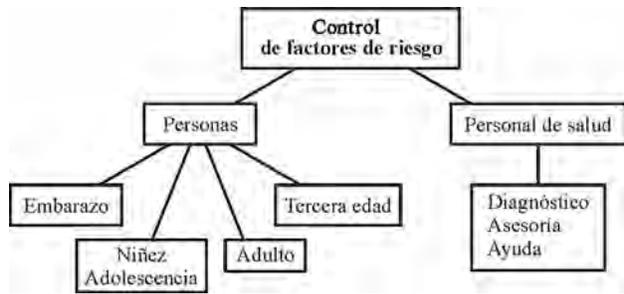


Fig. 43.1. Control de factores de riesgo.

Desde el nacimiento, la infancia y la adolescencia hay que incorporar patrones adecuados de vida, relacionados con hábitos alimentarios, práctica de ejercicios físicos, evitar el hábito de fumar y de ingestión de bebidas alcohólicas, para que el adulto joven logre un estilo de vida sano. En la tercera edad mediante acciones de salud, resulta importante disminuir la prevalencia de los factores de riesgo y promover hábitos saludables para aquellos que no lo tienen.

A través del cumplimiento de los diversos programas de salud establecidos para cada grupo de edad, el médico de familia puede tener el control adecuado de los factores de riesgo de la población.

En relación con el personal de salud, el médico se basa en tres pilares fundamentales para manejar los factores de riesgo: el diagnóstico, la asesoría y la ayuda (Fig. 43.2). Tomando como ejemplo el tabaquismo, estos tres elementos pueden explicarse de la siguiente manera:

Diagnóstico. Se lleva a cabo mediante la entrevista, interrogando al paciente sobre los factores de riesgo para lograr su identificación, también en el transcurso del examen médico, o en algunos casos, a partir de investigaciones. Este pilar resulta de mucha importancia debido a que en la medida en que se diagnostiquen con mayor prontitud los factores de riesgo, mayor será la probabilidad de lograr su control o erradicación.

Asesoría. Se refiere a la información que el médico debe brindar, por ejemplo, al paciente fumador, ya sea aquel que tenga intenciones de dejar de fumar, o no. Se le mostrará los beneficios o ventajas de no fumar, de aceptar el cese del hábito, y se definirá un plan de acción. Si el paciente no acepta, se le ofrece la ayuda y se vuelve a intentar en otra ocasión.

Ayuda. Dirigido a aquellas personas que aceptan cambiar para eliminar el factor de riesgo. Siguiendo el ejemplo del tabaquismo, se dirige a las personas que aceptan dejar el hábito de fumar. Se pueden incluir diferentes esquemas de tratamiento.

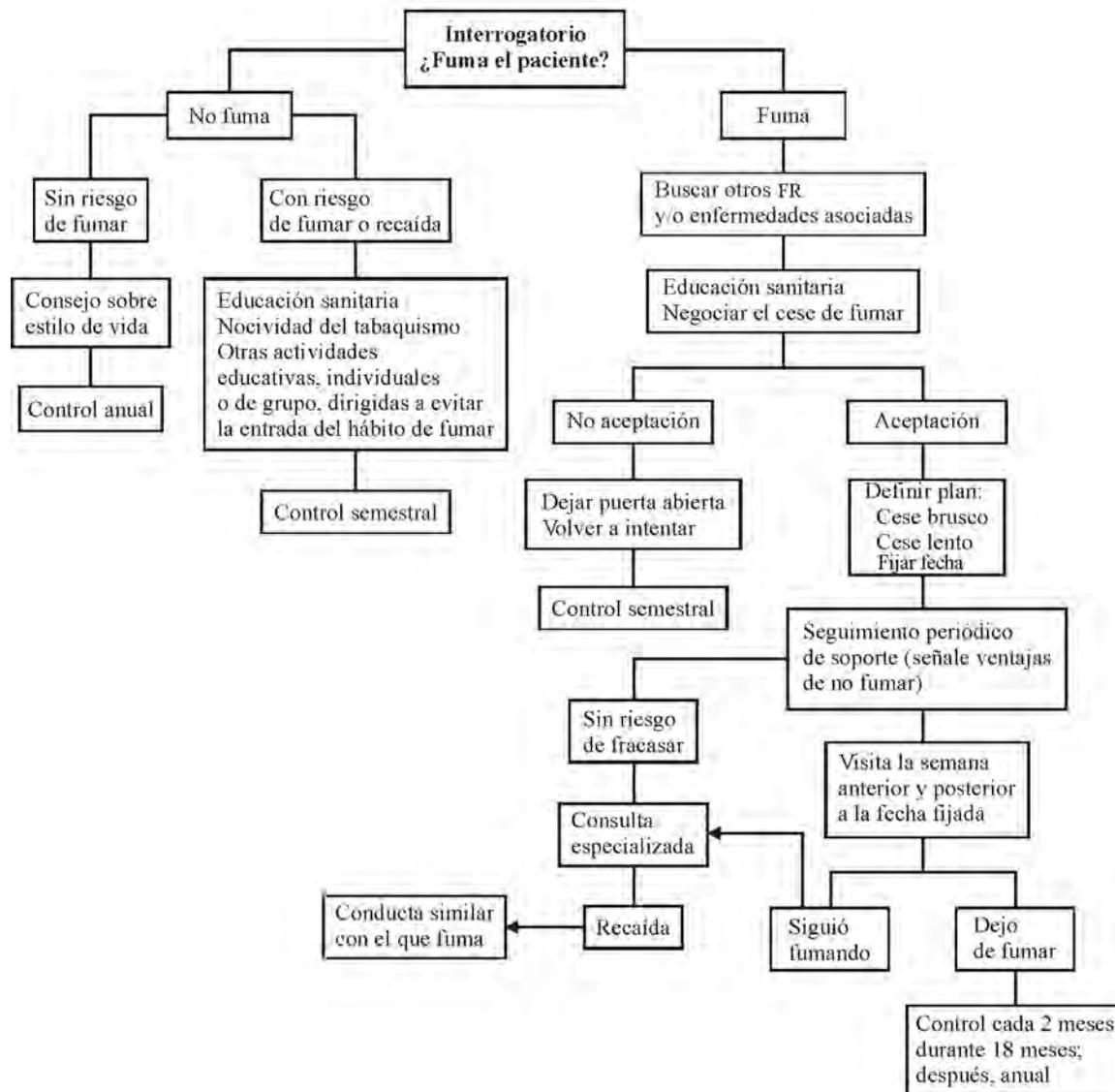


Fig. 43.2. Esquema de control de factores de riesgo en el tabaquismo.

Bibliografía

- Asamblea General de Naciones Unida. (2011). Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Documento A/66/83.
- Chin, J. (2001). El control de las enfermedades transmisibles. OPS Washington, D.C. (Publicación Científica, 581).
- Espinosa, V.A., P.L., Padrón, y G.P., Orduñez (1994). Atención primaria de salud: guías y procedimientos para la prevención y la atención médica. *Rev. Finlay* 8(1): 39-42.
- Gregg MB. (2008). *Field Epidemiology*. Third Edition. New York: Oxford University Press.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (1999). *Programa Nacional de Asma Bronquial*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2002). *Programa Nacional de Prevención y control de la cardiopatía isquémica*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2006). *Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2010). *Programa Nacional de Tuberculosis*. Editorial Ciencias Médicas 2da edición. La Habana.
- OMS (2007). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. 120ª reunión. Ginebra. Consejo ejecutivo EB120/22.
- Piedrota, G.G, C.M., Domínguez, G.P., Cortina, *et al.* (1990). *Medicina preventiva y salud pública*. Salvat, Barcelona 8va ed.
- Rothman, KJ y S. Greenland (1998). *Modern Epidemiology*. 2da Edition. Lippincott Williams and Wilkins.
- Toledo Curbelo G. (2004). *Fundamentos de salud pública*. Tomo 1. Editorial Ciencias Médicas. La Habana
- Toledo Curbelo G. (2005). *Fundamentos de salud pública*. Tomo 2. Editorial Ciencias Médicas. La Habana
- WHO (2005). *Preventing Chronic Diseases a vital investment*. Geneva. WHO.
- WHO (2008). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva. WHO



VACUNACIÓN/INMUNIZACIÓN

Roberto Álvarez Sintes

Edward Jenner es considerado el padre de la vacunación (Álvarez Sintes, 1997). A finales del siglo XVIII descubrió que a partir de la maceración de pústulas de la viruela vacuna *vaccinia*, la inoculación en el hombre-vacunación– (1796) provocaba una lesión local que daba origen a una excelente inmunidad contra la viruela.

Al material usado lo denominó “*vaccine*” (vacuna) y al proceso “*vaccination*” (vacunación) que fue introducido para reemplazar el término variolización.

La inmunidad es la capacidad de protegerse contra una enfermedad y las vacunas son suspensiones de microorganismos vivos inactivados o muertos, o fracciones de ellos, que al ser administradas producen inmunidad, y evitan la ocurrencia de ciertas enfermedades infecciosas.

Las vacunas son preparaciones antigénicas, obtenidas a partir de microorganismos, otros agentes infecciosos o ingeniería genética, que inducen una inmunidad adquirida activa frente a determinadas enfermedades infecciosas con un mínimo de riesgo de reacciones locales y generales.

En Cuba, el sabio cubano Tomás Romay introdujo en 1804 la vacunación, siendo él y su familia los primeros inmunizados.

Fundamentos

Inmunidad adquirida activa. Se logra en forma natural o artificial. La forma natural o espontánea se produce cuando el huésped reacciona frente a los agentes patógenos por padecer la enfermedad o tener una infección inaparente sin desarrollar el cuadro clínico. La forma artificial se adquiere mediante la aplicación de vacunas que protegen al huésped del ataque de dichos agentes. Lo que se persigue con la vacunación es la inducción y producción de una respuesta inmunológica específica protectora, anticuerpos y/o inmunidad mediada por células, por parte de una persona sana susceptible

como consecuencia de la administración de un producto inmunobiológico, la vacuna. Esta puede estar constituida por un microorganismo, una parte de él, o un producto derivado–antígenos inmunizantes– con el objetivo de provocar una respuesta similar a la de la infección natural, pero sin peligro para el vacunado.

Inmunización adquirida pasiva. También puede obtenerse en forma natural o artificial. En la forma natural, el huésped recibe los anticuerpos preformados en la madre, por la vía transplacentaria. En la forma artificial, los anticuerpos provienen de suero humano –homólogo–, o de suero animal –heterólogo–; por ejemplo: suero antitetánico, antidiftérico y antirrábico.

Los anticuerpos inyectados de forma pasiva son metabolizados por el receptor y al cabo de cierto tiempo, son inactivados y pierden la capacidad protectora. El proceso dura unas semanas, por lo que este tipo de inmunización adquirida pasiva no puede utilizarse de forma sistemática.

Inmunidad humoral. Cuando el organismo se pone en contacto por primera vez con el antígeno, se produce la formación de anticuerpos de la clase inmunoglobulina (IgM), seguida poco después por IgG. Los primeros tienen duración limitada y desaparecen a partir del 10mo. día.

El segundo contacto con el antígeno origina una fuerte y rápida producción de IgG, más elevada y sostenida que con el estímulo primario, y carece de importancia la síntesis de IgM, tanto por los niveles alcanzados como por la brevedad de su presencia.

La acción de los anticuerpos puede ser mediante:

- La neutralización de las exotoxinas o los virus.
- La activación de factores inespecíficos, por ejemplo sistema del complemento y fagocitosis; de esta forma se logran la lisis bacteriana y el incremento de la fagocitosis, entre otros.

Inmunidad celular. Numerosos microorganismos, bacterias, virus y protozoos, se ubican y multiplican en el interior de las células. En estos casos, los anticuerpos que pueden detectarse en el suero no son protectores y la inmunización, por lo tanto, es de base celular.

Tipos de vacunas

Según sus componentes biológicos, se agrupan en:

- Vacunas de microorganismos vivos: están constituidas por gérmenes vivos atenuados. Se caracterizan por provocar inmunidad de larga duración, son de dosis simple e inducen inmunidad circulante hística y secretora. Estas vacunas exigen un mejor manejo de la cadena de frío. Como ejemplos tenemos: OPV, MMR, fiebre amarilla, varicela, rotavirus oral.
- Vacunas de microorganismos muertos: están elaboradas con gérmenes muertos o sus productos. Se caracterizan por inducir inmunidad humoral circulante, se necesita aplicar varias dosis, la mayoría precisa adyuvantes y no se replican en el huésped. Como ejemplos se hallan: DPT, TT, DT, Hib tipo b, meningococo, neumococo, ántrax, hepatitis A y B, entre otras. Estas vacunas pueden ser de tres tipos:
 - Vacunas de microorganismos totales: en las que se administra un preparado que contiene el agente muerto, pero íntegro. Su empleo es necesario cuando no se conoce exactamente el antígeno inmunizante o cuando su purificación no ha sido satisfactoria.
 - Vacunas con antígenos purificados: en ella se prescinde de todos los antígenos que no tienen influencia en la respuesta protectora; la vacuna ideal sería la constituida exclusivamente por antígenos inmunizantes.
 - Vacunas antitoxicas: son aquellas que inducen la formación de anticuerpos, antitoxinas frente a las toxinas.

Según su composición, se agrupan en:

- Vacunas monovalentes: contienen un solo tipo antigénico, porque el agente microbiano tiene una composición inmunológica homogénea o porque se selecciona una sola variante. Como ejemplo está la de la fiebre tifoidea.
- Vacunas polivalentes: son necesarias cuando la especie se subdivide en diversos tipos anti génicos que no inducen una respuesta inmunológica cruzada. Ejemplo, meningococo y poliomielitis trivalente.
- Vacunas combinadas: cuando se realizan asociaciones de varios elementos antigénicos de distinta naturaleza. Ejemplo, DPT en la que se encuentran anatoxinas, difteria y tétanos, y bacterias totales muertas, tosferina.

Existe consenso en que la vacuna ideal sería aquella que reúna los requisitos siguientes:

- Antígeno puro y bien definido.
- Induzca una respuesta específica de carácter protector contra la infección y la enfermedad.
- No sea dolorosa.
- Protección de larga duración.
- No presente casi efectos secundarios.
- Bajo costo.
- Pueda combinarse con otras vacunas.
- Aceptable para el individuo y para la comunidad que va a recibir el beneficio final.

Sustancias inmunobiológicas

Los componentes de las sustancias inmunobiológicas de las vacunas son:

- Líquido de suspensión: puede ser agua estéril simple o el suero fisiológico, pero en otras ocasiones es un líquido más complejo que contiene algunas cantidades de proteínas y otros componentes derivados del medio o el sistema biológico en que se produce la vacuna: proteína sérica, antígeno de huevo, etc.
- Estabilizadores: son aquellas sustancias que se le agregan a la vacuna para estabilizar el antígeno para hacerlo más resistente a la cadena de frío. Ejemplo, glicina, sustancias albuminoideas.
- Preservativos: son las sustancias que se utilizan para preservar que se provoque contaminación bacteriana en el cultivo viral. Ejemplo, timerosal.
- Antibióticos: se utiliza para inhibir el crecimiento en los cultivos de determinados agentes. ejemplo, neomicina.
- Adyuvantes: son aquellas sustancias que se le agregan a las vacunas para realzar la potencia inmunogénica. Ejemplo, hidróxido de aluminio. Los inmunobiológicos que contienen adyuvantes deben inyectarse profundamente en la masa muscular para evitar la formación de abscesos estériles.

Maduración del sistema inmunológico y vacunación

En los últimos años se ha observado un incremento en la incidencia y prevalencia del asma bronquial y las enfermedades alérgicas. Este hecho parece estar condicionado por factores no solo atribuibles a la predisposición genética, sino también a otros como son: ambientales, cambios en el estilo de vida y amplia cobertura de los programas de vacunación. La influencia

de este último componente se somete a gran debate, en específico cuando se refiere al primer año de vida, en que el sistema inmunológico está aún en proceso de maduración.

La vacunación “intensiva” durante el periodo de lactancia y primera infancia ha provocado una disminución en el contacto del organismo con agentes patógenos, los cuales provocan enfermedades infecciosas frecuentes en esta edad, inductoras de un patrón de respuesta fundamentalmente Th1 y, por tanto, protectoras del desarrollo de asma y otras alergias. Al posible papel de la vacunación intensiva y a sus efectos, así como a la creciente reducción de las infecciones en algunas sociedades se le ha denominado hipótesis higiénica.

En el caso de los niños atópicos, el reto alérgico estimula los clones de células Th2 CD4 + específicos, que secretan citocinas, las cuales inducen el cambio de isotipo a IgE y, en menor medida, a IgG4 en las células B e inhiben la producción de IFN-gamma por las células Th1. Como este comportamiento se relaciona con las alteraciones fisiopatológicas del asma, se utiliza en la búsqueda de factores predictores del desarrollo de enfermedades alérgicas. Sin embargo, no existen aún suficientes evidencias acerca de si este predominio del patrón de secreción de citocinas Th2 pudiera condicionar un comportamiento no apropiado frente a las vacunas y provocar el incremento en la incidencia de enfermedades alérgicas.

Contraindicaciones y reacciones secundarias

– Contraindicaciones: cualquier enfermedad infecciosa aguda en evolución o en periodo de convalecencia, antecedentes de encefalopatía o síndrome convulsivo, pacientes con tratamiento inmunosupresor, enfermedades graves o en fase de descompensación, tales como: tuberculosis activa, diabetes mellitus; insuficiencia cardíaca, renal o hepática; crisis aguda de asma bronquial, entre otras.

– Reacciones secundarias:

- Complicaciones menores: son las más frecuentes e incluyen: eritema o induración del sitio de la inyección, febrícula, fiebre de 38 a 39 °C, irritabilidad y malestar general. Estos trastornos son poco importantes y habitualmente desaparecen en el transcurso de unas horas. Entre el 5 y 10 % de los vacunados, pueden presentar un nódulo en el sitio de la inyección que puede persistir algunas semanas.

- Complicaciones mayores: reacciones anafilácticas, complicaciones respiratorias o neurológicas e, incluso, la muerte. Algunos autores han reportado un incremento en el riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido por incompatibilidad ABO cuando se ha vacunado a la madre durante el embarazo con toxoide tetánico, aunque no parezca un hecho relevante. Sin duda alguna lo más importante es no utilizar vacunas de virus vivos durante el embarazo, especialmente en los casos de parotiditis, rubéola y sarampión.

Los criterios principales para determinar las reacciones relacionadas con algunas vacunas son los siguientes:

– DPT:

- *Shock* anafiláctico que se presenta en un lapso de 24 h.
- Encefalitis que se manifiesta al final del 3er. día.
- Trastorno convulsivo residual cuando la primera convulsión ocurre al final del 3er. día.
- Estado tipo *shock*, hipotonía: disminución del tono, y disminución de la respuesta al final del 3er. día.
- Aumento notable del tiempo de sueño.
- Fiebre alta persistente (40 °C/104° F o más).

– PRS:

- *Shock* anafiláctico: los niños con reacción anafiláctica a la ingestión de huevos deben consultar un alergista antes de recibir esta vacuna.
- Encefalitis: se presenta en un lapso de 15 días después de la inmunización.

– Vacuna contra la poliomielitis –viva:

- Polio paralítica, individuo no inmunodeficiente, en un lapso de 30 días.
- Polio paralítica, individuo inmunocomprometido, en un lapso de 6 meses.

– Vacuna contra la poliomielitis, inactivada: *shock* anafiláctico que se presenta en un lapso de 7 días.

– Reacciones adversas reportadas, en general:

- Fiebre leve.
- Irritabilidad.
- Inflamación y sensibilidad localizadas en el sitio de la inyección.
- Erupción de sarampión, reacción a la vacuna contra el sarampión.
- Dolores articulares transitorios, reacción a la vacuna contra la rubéola.
- En niños, llanto constante o a gritos.

Estas reacciones secundarias son extremadamente raras y el riesgo que ofrece la enfermedad supera el de la lesión que ofrece la vacuna.

Vías de administración

Para evitar efectos adversos locales o generales y asegurar una eficacia óptima, se han establecido diferentes vías de aplicación: multipuntura, intradérmica, subcutánea, intramuscular, oral y nasal. Esta última aún se encuentra en investigación.

Conservación

Todas las vacunas requieren refrigeración permanente, es decir, tanto durante el almacenamiento como en la distribución. La temperatura óptima de conservación es entre 4 y 8 °C.

Dentro del refrigerador deben colocarse alejadas del congelador, en la parte media del equipo y ordenadas de tal manera que siempre las más accesibles sean aquellas cuyas fechas de vencimiento estén más próximas. Mediante el uso del termómetro debe comprobarse dos veces al día la temperatura en el interior del equipo.

Estabilidad, eficacia y efectividad

Existen tres criterios que se deben considerar:

- La estabilidad está asociada con la resistencia que tenga la vacuna ante posibles degradaciones físicas como la luz, las temperaturas elevadas o bajas hasta la congelación o por el tiempo transcurrido desde su fabricación. Es necesario probar que la vacuna mantenga la estabilidad de su propiedad inmunógena.
- La eficacia está asociada con los resultados o beneficios de salud proporcionados a las personas, después de vacunados bajo condiciones ideales. La evaluación de la eficacia protectora debe realizarse mediante ensayos clínicos aleatorizados. Este parámetro está en función de la inmunidad.
- La efectividad está dada por los resultados o beneficios de salud proporcionados por un programa de vacunación en la población. Depende de factores económicos, sociales, psicológicos, etc., como la aceptación y accesibilidad de la población a la vacuna, así como de la técnica de administración, la conservación y manipulación adecuadas.

Clasificación de las vacunas por la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado las vacunas según sus intereses y las potencialidades de empleo:

- Vacunas usadas con regularidad en el Programa Ampliado de Inmunización, además de las seis vacunas

básicas: contra la poliomielitis, tétanos, difteria, pertussis, sarampión y tuberculosis, se emplean frecuentemente vacunas para la prevención de la rubéola, parotiditis, hepatitis B y fiebre amarilla.

- Vacunas disponibles pero no ampliamente utilizadas en la mayor parte de los países subdesarrollados: hepatitis B, varicela, encefalitis japonesa, hepatitis A, fiebre tifoidea, vacunas contra neumococos y meningococos.
- Vacunas claves para estos países y que se encuentran en desarrollo o perfeccionamiento: VSR, rotavirus, *Shigella*, *Escherichia coli* enterotoxigénica, *Vibrio cholerae*, VIH/sida, malaria, esquistosomiasis y dengue.

Esquema de inmunización

La inmunización de la población, por su complejidad, necesita del establecimiento de programas para este fin, que constan de unas normas y un calendario de vacunaciones.

El esquema de inmunización es la representación gráfica de las diferentes vacunas que debe recibir la población, teniendo en cuenta la edad de inicio de la vacunación, el número de dosis a aplicar y el espaciamiento entre estas, la vía de administración y el sitio anatómico donde se aplican.

Estos programas han permitido disminuir o casi eliminar la incidencia de algunas enfermedades en países y regiones enteras. En algunos países subdesarrollados las coberturas de vacunación aún no han alcanzado los niveles óptimos. La OMS ha hecho esfuerzos para atenuar la situación de los países más pobres. En este sentido posee un Programa Ampliado de Inmunización que incluye una serie de vacunas imprescindibles para mantener cifras “aceptables” de mortalidad infantil (Álvarez Sintés, 2005; BVV, 2006).

En correspondencia con las condiciones de cada país se establecen y cambian los esquemas de inmunización. El esquema de vacunación en Cuba aparece en la tabla 44.1, el total de dosis aplicadas según el tipo de vacuna desde 1962 hasta 2005 se puede ver en la tabla 44.2, y el impacto en las enfermedades prevenibles por vacuna en la tabla 44.3.

Comentarios

Se han observado diferencias en la respuesta frente a vacunas en los niños con riesgo elevado de padecer enfermedades alérgicas y en los que ya son asmáticos. Se conocen importantes mecanismos en torno a la maduración del sistema inmunológico, pero no suficientes para explicar ese comportamiento. Se necesitan más estudios sobre este tema para adoptar las decisiones pertinentes

Tabla. 44.1. Esquema de vacunación

TIPO DE VACUNA	FECHA DE INICIO DE LA DOSIS				CANTIDAD DE DOSIS	VOLUM. DE DOSIS	VÍA DE ADM.	REGIÓN ANATOMICA DE APLICACION	LUGAR DE APLICACIÓN
	1RA	2DA	3RA	REACT					
BCG	ALTA MATERNA	-	-	-	1	0.05	ID	DELTOIDES IZQUIERDO	MATERNIDAD
HB (10mcg)	ALTA MATERNA				1	0.5	IM	1/3 M CALM	MATERNIDAD
DPT + HB + Hib (Pentavalente líquida)	2 M	4 M	6 M		3	0.5	IM	1/3 M CALM	POLICLINICO
DPT				18 M	1	0.5	IM	DELTOIDES	POLICLINICO
Hib				18 M	1	0.5	IM	DELTOIDES	POLICLINICO
AM-BC	3 M	5 M	-	-	2	0.5	IM	1/3 M CALM	POLICLINICO
PRS	12 M	-	-	6 A	2	0.5	SC	DELTOIDES	POLICLINICO Y ESCUELA
DT	-	-	-	6 A	1	0.5	IM	DELTOIDES	ESCUELA
AT (VI)	10 A	-	-	13 y 16 AÑOS	3	0.5	IM	DELTOIDES	ESCUELA
TT	-	-	-	14 A	1	0.5	IM	DELTOIDES	ESCUELA
TT	-	-	-	GRUPO DE 15-59 AÑOS CADA 10 AÑOS	1	0.5	IM	DELTOIDES	POLICLINICO
TT				GRUPO DE 60 Y MAS AÑOS CADA 5 AÑOS	1	0.5	IM		
OPV	SE REALIZA EN CAMPAÑA NIÑOS DESDE 1M DE NACIDO HASTA 2 AÑOS, 11 MESES Y 29 DÍAS RECIBEN 2 DOSIS. NIÑOS DESDE 9 AÑOS A 9 AÑOS, 11 MESES Y 29 DÍAS RECIBEN UNA REACTIVACIÓN.						GOTAS	ORAL	POLICLINICO

- Hijos de madre HBsAg positivo: recibe un esquema diferente de HB: al nacer, al 1er mes, al 2do mes y al año.
- No se utiliza la pentavalente: las vacunas DPT y Hib las recibe por separado. El resto de las vacunas de acuerdo con el esquema.

en relación con posponer las edades de vacunación en las poblaciones de niños con alto riesgo de padecer enfermedades alérgicas.

El bacilo Calmette Guerin (BCG) protege contra la tuberculosis. Se aplica después de las 6 h y hasta los 45 días de edad.

La vacuna DPT, triple bacteriana, está constituida por toxoide diftérico y tetánico, y bacilos muertos de tos ferina; protege contra la difteria, el tétanos y la tos ferina. El intervalo entre la 1ra. y la 2da. dosis es desde 45 hasta 60 días como máximo. Entre la 2da. dosis y la 3ra., el intervalo debe oscilar entre 60 y 180 días.

La vacuna antipoliomielítica protege contra la poliomiélitis.

La DT inmuniza contra la difteria y el tétanos. La DT infantil contiene 40 U de toxoide diftérico y 10 U de toxoide tetánico. Se utiliza en vacunación primaria hasta los 7 años de edad. La DT adulto contiene 10 U de toxoide diftérico y 6 U de tetánico. Se aplica a niños mayores de 7 años y en adultos, de ser necesario.

La vacuna contra la hepatitis B se utiliza para eliminar esta enfermedad. Dicha dolencia ocasiona la muerte de alrededor de 1 000 000 de personas en el planeta por año.

Tabla 44.2 Total de dosis aplicadas según el tipo de vacuna desde 1962 hasta 2005

Tipo de vacuna	Total de dosis aplicadas
Toxoide tetánico (TT)	75 530 127
Antipoliomielítica (OPV)	74 334 167
Antitifoídica (AT)	35 799 560
Triple bacteriana (DPT)	31 193 923
Duple (DT)	12 855 471
Antituberculosis (BCG)	12 162 833
Antimeningocócica (tipo B)1	10 245 786
Hepatitis B (HBV) 2	12 131 782
Triple viral (PRS)3	5 351 499
H. influenzae (Hib)4	3 821 105
Tetraivalente (DPT+HB)5	209 411

Datos provisionales

1 Se comenzó a vacunar a partir de 1988.

2 Se comenzó a vacunar a partir de 1992.

3 Se comenzó a vacunar a partir de 1986.

4 Se comenzó a vacunar a partir de 1999.

5 Se comenzó a vacunar a partir de 2005.

Fuente: Anuario Estadístico de Salud. Minsap, 2005.

La triviral (PRS) se emplea contra la parotiditis, rubéola y sarampión.

La antitifoídica protege contra la fiebre tifoidea.

La antimeningocócica B y C se usa contra los meningococos B y C. En el año 2005 se logró una marcada reducción de la enfermedad meningocócica del 25 %.

La vacuna contra *Haemophilus influenzae* inmuniza contra este agente patógeno. Es una bacteria agresiva responsable, anualmente y a nivel mundial, de 3 000 000 de casos y 600 000 muertes. En los países en vías de desarrollo constituye la segunda causa, en orden de frecuencia, de las afecciones por neumonía y la primera de muerte entre los menores de 5 años por enfermedades respiratorias; entre las meningoencefalitis es el segundo agente causal más frecuente; además origina secuelas graves, retardo mental, sordera y ceguera, entre otras. Por ello, en enero de 1999 se inició en Cuba la Campaña Nacional de Vacunación contra el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) para inmunizar a todos los niños nacidos a partir del 1ro. de enero de 1999. En el año 2005 se logró una portentosa reducción con solo dos casos, en el 2004 fueron ocho, un resultado en el que tuvo gran importancia la introducción de la vacuna cubana contra esa bacteria.

Otra conquista de la biotecnología cubana, en el 2005, es el desarrollo de la vacuna tetraivalente cubana contra la difteria, tétanos, tos ferina y hepatitis cuya

Tabla 44.3 Impacto en las enfermedades prevenibles por vacuna

Enfermedades	Año de intervención	Año de impacto	Impacto logrado
Poliomielitis	1962	1962	Eliminación
Tétanos neonatal	1962	1972	Eliminación
Difteria	1962	1979	Eliminación
Sarampión	1971	1993	Eliminación
Rubéola	1982	1995	Eliminación
Parotiditis	1986	1995	Eliminación
Tos ferina	1962	1997	Eliminación
Síndrome rubéola congénita	1986	1989	Eliminación
Meningitis posparotiditis	1986	1989	Eliminación
Tétanos	1962	1992	Tasa <0,1 x 10 ⁵ hab.
H. influenzae tipo b	1999	2001	Tasa <0,1 x 10 ⁵ hab.
Hepatitis B <20 A	1992	2001	Tasa <0,1 x 10 ⁵ hab.
meningitis meningocócica	1988	2001	98 % morbilidad 93 % morbilidad

Tomado de: Galindo Santana, B.M. (2005): Importancia de la vacunación en la atención primaria de la salud. Maestría de Atención Integral al Niño. (Teleconferencia) CD-ROM. La Habana.

aplicación ha permitido reducir a tres las inyecciones a los niños.

La heberpenta es una nueva vacuna combinada, producida en nuestro país, e incorporada al esquema de inmunización el 1ro. de septiembre de 2006. Combate cinco tipos de enfermedades: difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b. Entre las ventajas está la importancia estratégica para los programas masivos de inmunización, ya que combina cinco antígenos y logra una reducción de la cantidad de inyecciones, evita poner tres inyecciones más a los niños, y de los riesgos de las no seguras, así como de los costos de almacenamiento y transportación. Es la primera vacuna de su tipo que se produce íntegramente en un país de América Latina. Cuba es el segundo país del mundo, después de Francia, en aplicar la inyección para lograr la protección contra cinco enfermedades. La edad y dosis recomendadas son (tabla 44.4). La antigripal es una nueva vacuna contra el virus de la gripe estacional que se administra a las personas de mayor riesgo, lo que las protege de tres de los virus circulantes: el pandémico H1N1, el estacional H3N2 y el de la influenza tipo B.

En el año 2012 no se presentó ningún caso de tétanos en Cuba y se mantienen eliminadas la poliomieltitis, la difteria, la tos ferina, el tétanos del recién nacidos, la meningitis tuberculosa en menores de 1 año de edad, el sarampión y la rubéola.

Tabla 44.4. Edad y dosis recomendadas para la vacuna heberpenta

Vacuna	Edad	Dosis
DTPe + HB	2 meses	Primera dosis
DTPe + HB	4 meses	Segunda dosis
DTPe + HB	6 meses	Tercera dosis
DTPe + HB	Vacunas contra difteria, tétanos y tos ferina (células enteras) combinadas	

Vigilancia: parotiditis, rubéola y sarampión

En 1994 la OPS tomó la decisión de eliminar de la región la parotiditis, la rubéola y el sarampión; para alcanzar esta meta, el equipo de salud, médico y enfermera de familia, debe desarrollar la vigilancia sobre la base de las tres clasificaciones siguientes:

– Clasificación clínica:

- Sospechoso: es todo paciente que presenta síntomas y signos que simulan la enfermedad, pero no manifiestan otras enfermedades. Este paciente es tributario de ingreso en el hogar y observación durante 72 h.
- Probable: es todo paciente que presenta síntomas y signos que aparentan la enfermedad y solo falta el resultado de los estudios complementarios, sueros pareados realizados. En este paciente se debe valorar el ingreso en el hogar, y observarlo durante 7 días, si se piensa en parotiditis; y durante 5 días, si se sospecha rubéola o sarampión.
- Confirmado: es todo paciente al que se le confirma el diagnóstico presuntivo.

– Clasificación epidemiológica:

- Autóctono: es aquel paciente que desarrolla la enfermedad en el país.
- Importado: paciente que adquiere la enfermedad fuera del país.

En ambos casos se debe tener en cuenta el periodo de incubación para cada una de las enfermedades.

– Clasificación programática:

- Evitable: es todo aquel individuo que no fue vacunado por negligencia.
- No evitable: individuo que no fue vacunado por contraindicación.

Los sueros pareados se deben indicar en las primeras 72 h y a los 15 días.

Los pacientes, a quienes no se les realiza el segundo suero pareado, se convierten en compatibles, es decir, evitables por negligencia.

Vacunas en el siglo XXI

Las perspectivas de desarrollo son amplias, basadas en la introducción de las nuevas tecnologías.

Se espera un incremento notable del número de inmunógenos vacunales y nuevas estrategias de inmunización a la población en dependencia de la edad y el riesgo.

En el caso de los países subdesarrollados, y teniendo en cuenta su cobertura sanitaria, particularidades geográficas, así como el carácter endémico o epidémico de la enfermedad, deberán incluirse vacunas dirigidas contra *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli enterotoxigénica*, *Shigella*, contra la fiebre tifoidea, la malaria y el dengue, entre otras enfermedades.

Bibliografía

- Alerm González, A. (2005). Maduración del sistema inmune y vacunaciones: ¿Diferencias en las respuestas y riesgo incrementado de alergia? *Rev habanera Cienc Méd*; 4 (5) Disponible en: <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcmv4n5.htm>
- Álvarez Sintés, R. (2005). Salud familiar. Manual del promotor. 2da. edn. Editorial MSDS/IAESP/Misión Barrio Adentro/MES/Misión Sucre, Maracay.
- Álvarez Sintés, R. (1997). Salud familiar integral: manual de educación. Ed. UNI-RIONEGRO. Rionegro, Colombia.
- Biblioteca Virtual en Vacunas. Red Latinoamérica de Información Científico Técnica en vacunas. Disponible en: <http://www.bvv.sld.cu/ibv/?pg=cip&r=es>
- Galindo Santana, B.M. (2005). Importancia de la vacunación en la atención primaria de la salud. Teleconferencia [CD-ROM] En Maestría de Atención Integral al Niño. La Habana.
- Kenneth J. B. (1999). Prácticas de inmunización. En *Tratado de Pediatría*. 15a. ed. (Behrman Nelson R.E. et al.) Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana, México, V. 2 pp. 1276-86
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2012). Anuario estadístico de salud. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública. Cuba (2011). Esquema oficial de vacunación de la República de Cuba. La Habana.
- Neelja Singhal, Deepa Bisht, Beenu Joshi (2010). Immunoprophylaxis of Tuberculosis: An Update of Emerging Trends. *Arch. Immunol. Ther. Exp.* 58:97-106
- Norniella, F. (2006). El sacerdocio de la biotecnología cubana. Disponible en: www.solociencia.com.
- Ochoa Azze R (2007): Inmunoepidemiología y estrategias de vacunación. Ediciones Finlay. La Habana.
- OMS (s.f.): Programa Ampliado de Inmunización. Ginebra.

Capítulo 45



PESQUISA ACTIVA

Roberto Álvarez Sintes

Estudios cualitativos sobre el grado de satisfacción de las personas demuestran que la prevención es más importante para ellos de lo que creen muchos trabajadores de la salud. La pesquisa puede ser considerada como una actividad-acción que generalmente no se origina por solicitud de la persona; el médico general integral debe educar y concientizar a la persona, a la familia y a toda la comunidad sobre el valor de ella.

Concepto

La pesquisa activa, despistaje, cribaje (tamizaje), *screening* o detección sistemática es el proceso mediante el cual se aplican pruebas de forma rápida y en gran escala para reconocer enfermedades o defectos previamente desconocidos. Estas pruebas se utilizan en programas de detección temprana de alguna dolencia que aún no se manifiesta; un ejemplo clásico es la detección del carcinoma de cuello uterino por medio de la citología vaginal, otro ejemplo es la identificación de la sífilis por la reacción de VDRL.

Para los doctores Fernández Sacasas y Díaz Novas (2009) se conceptualiza el pesquisaje activo como: “Las acciones diagnósticas tendentes a identificar el estado de salud individual en grupos de población, a fin de establecer los factores de riesgo existentes y descubrir tempranamente la morbilidad oculta, con el objetivo de ser incluidos en programas (la dispensarización) para garantizar su seguimiento y atención continuada”. Este concepto implica la existencia de un sistema de atención de salud asequible y sostenible con el desarrollo de la investigación epidemiológica y clínica a cargo de personal especializado, en el caso de Cuba, el médico y la enfermera de familia.

Objetivo

Su propósito es detectar un problema de salud en una etapa en que las acciones pudieran tener mayor efectividad. Por tanto, los resultados esperados deben contribuir a mejorar los indicadores de salud de la población o al menos, los de calidad del servicio que se presta y calidad percibida de la atención médica que se le brinda al paciente.

Interrogantes para el desarrollo del pesquisaje activo

Para Fernández Sacasas y Díaz Novas (2009) diagnosticar tempranamente condiciones susceptibles de cura, mejoría o control, mediante intervenciones correctoras o preventivas, es totalmente justificado y necesario. El uso indiscriminado de la tecnología genera tasas altas de iatrogenia clínica, además de daños culturales y sociales. Debe evitarse el abuso de realización de pruebas diagnósticas sin claro beneficio terapéutico. Cabe preguntarse, ¿se puede justificar el empeño en descubrir enfermedades o trastornos no modificables, antes que produzcan síntomas?

Continúan con otras interrogantes: ¿hasta dónde llevar, en extensión y profundidad, las investigaciones diagnósticas en la persona sana o aparentemente sana?, ¿con qué periodicidad?, ¿con qué costo-beneficio?, ¿el trastorno a identificar es vulnerable a la acción médica, o sea, se dispone de tratamiento efectivo?, ¿la pesquisa activa es siempre éticamente sustentable?, ¿cuál será la política correcta, pesquisar por pesquisar, o por el objetivo de salud?

A nivel internacional la pesquisa activa más utilizada es el “tamizado”, *screening* (en inglés), un instrumento de la medicina preventiva para investigar la prevalencia en la población de determinadas enfermedades, mediante la utilización de pruebas simples (aceptables y no costosas) que permitan separar los sanos de los posibles enfermos, que necesitarán el aporte de otras pruebas complementarias. Las enfermedades han de representar un importante problema de salud pública, ser susceptibles de que se les aplique un programa de identificación, ofrecer una indudable relación costo-beneficio y existir tratamiento efectivo.

Pesquisa activa y método clínico

El pesquisaje activo descansa fundamentalmente en la exploración clínica sistemática y periódica de la población objeto de atención de salud. En los programas de pesquisaje se deben considerar aspectos éticos, sociales, tecnológicos, económicos y legales.

Éticos. De obligada consideración. A todos los sujetos se les debe facilitar una adecuada información científicamente comprobada sobre las consecuencias derivadas de la participación en el programa, así como del seguimiento de los resultados positivos y del tratamiento a efectuar en cada caso, además de la probabilidad existente de que la prueba obtenga un resultado falso positivo o negativo (Cabrera Cruz y Toledo Fernández, 2008). A partir de esta información se debe determinar la decisión voluntaria de cada sujeto a participar del pesquisaje o dejar participar al familiar que representa si fuera el caso.

Sociales. La asistencia sanitaria trata de proveer a la población de la forma más eficaz, efectiva y eficiente posible, de aquellos servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud. Algunos de los componentes que asegura este concepto son la accesibilidad y la equidad. En este aspecto un programa de pesquisaje debe llegar a todos por igual, no importa, su ubicación geográfica, edad, sexo, escolaridad, nivel económico u otros (Cabrera Cruz y Toledo Fernández, 2008).

Tecnológicos. La existencia de tecnologías de avanzada permite diagnosticar con mayor precisión. No se puede obviar un componente técnico importante ya que la pesquisa permite explorar de procesos sin expresión clínica.

Económicos. Muchas pruebas son costosas y su aplicación en forma masiva indiscriminada es difícilmente justificable. La perspectiva organizativa se completa con el análisis de los costos. Muchas pruebas son costosas y su aplicación en forma masiva es difícilmente justifi-

ficable, si a esto se une que una vez diagnosticado el caso debe ser debidamente tratado, se encarece mucho más. Por tal motivo ningún programa de pesquisaje debe ser considerado costo-efectivo, hasta tanto no se demuestre que reduce de forma sustancial la mortalidad, que presenta menores tasas de falsos positivos, cuando se demuestre un aumento de la adherencia y cuando disminuya el costo de las pruebas diagnósticas.

Otro aspecto a considerar (Cabrera Cruz y Toledo Fernández, 2008) para completar adecuadamente el análisis de un programa de pesquisaje es la continuidad de la participación a lo largo del tiempo, es decir la sostenibilidad del programa. Por ello, debe asegurarse la disponibilidad adecuada de personal necesario para la realización de la prueba, el diagnóstico, el tratamiento y la organización del programa en términos generales.

Ventajas

Además de la detección de la enfermedad, las pruebas de pesquisa son útiles para:

- Determinación de la prevalencia e incidencia de una enfermedad.
- Planeación de servicios de salud.
- Investigaciones epidemiológicas y clínicas.
- Programas de acción y vigilancia epidemiológica.

Existen distintos tipos de pesquisa:

- Masiva: se aplica a toda la población.
- Múltiple o multifásica: uso de varias pruebas de detección en la misma ocasión.
- Dirigida: se aplica a grupos con exposiciones específicas (ambiental, ocupacional, otra).
- De hallazgo de caso o de oportunidad: se limita a pacientes que acuden a consulta por otro motivo.

Requisitos para estrategias de pesquisa

Los requisitos que deben cumplir los programas o estrategias de pesquisa incluyen tres parámetros y varios criterios para cada uno de ellos.

- Parámetro *enfermedad*: considera cuatro criterios:
 - Grave.
 - Alta prevalencia.
 - Historia natural conocida.
 - Periodo largo entre primeros signos y enfermedad clínica.
- Parámetro *prueba diagnóstica*: considera cuatro criterios:
 - Sensible y específica.
 - Sencilla y barata.
 - Segura y aceptable.
 - Fiable.
- Parámetro *diagnóstico y tratamiento*: considera dos criterios:

- Las instalaciones son adecuadas.
- Existe tratamiento efectivo, aceptable y seguro.

Como principio, los estudios de pesquisa en Cuba (Cabrera Cruz y Toledo Fernández, 2008) deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Utilizar el análisis de la situación de salud como herramienta fundamental para la identificación del problema a pesquisar.
- Utilizar los recursos humanos propios de cada territorio (médicos, enfermeras, tecnólogos, estudiantes, promotores de salud, entre otros), debidamente capacitados y con entrenamiento previo referente al problema que se va a pesquisar.
- Para impartir la capacitación de los recursos humanos que realizarán la pesquisa, se deben seleccionar a los expertos en el tema, participando los tres niveles de atención del sistema.
- Los recursos humanos deben comprender la importancia de lo que se realiza, conocer y dominar las misiones dadas e incorporarlo como nuevo método y estilo de trabajo.
- Los servicios del policlínico y el resto de las instituciones del territorio deben estar organizados para dar seguimiento y solución oportuna a los problemas identificados.
- Planificar y organizar acciones en diferentes horarios (extendidos y deslizantes), que garanticen la pesquisa al 100 % del universo determinado.
- Garantizar la organización de los diferentes niveles de atención del sistema, desde el policlínico, para el seguimiento de las acciones de la pesquisa, conduciendo al paciente hasta la solución de los problemas.
- Organizar la pesquisa con el consentimiento informado de las autoridades del territorio, así como el conocimiento sobre el objetivo de la pesquisa y lo que se espera de la misma.
- Evaluar los recursos materiales que se disponen y los que se necesitan, antes de comenzar la pesquisa para demandarlos y no utilizar los recursos planificados para la actividad del sistema.
- Garantizar el sistema de información (incluyendo la informatización) que permita ir conociendo los resultados diariamente, para la toma de decisiones oportuna, incluyendo la posibilidad de organizar oportunamente la solución de otros problemas de salud que surjan de la pesquisa.
- Seleccionar al coordinador general del programa en el territorio, con suficiente motivación y preparación

técnica y jerarquía, que planifique, organice y controle las acciones, hasta la solución de los problemas.

- Desarrollar dentro de las acciones de la pesquisa, una estrategia de información, comunicación y educación para la salud, de conjunto con los organismos e instituciones responsabilizados con la tarea.

Los estudios de pesquisa en Cuba (Cabrera Cruz y Toledo Fernández, 2008), en la práctica se caracterizan por:

- Estar regidos por la política trazada para la Salud Pública Cubana.
- La masividad, no se limita al estudio de los grupos de alto riesgo.
- No es un simple screening, dado que responde a un problema de salud identificado, con solución y del cual la población está consciente.
- Avanza hasta el diagnóstico definitivo con pruebas de máxima precisión para lo cual se utilizan baterías diagnósticas en series, disponibles por el desarrollo tecnológico mundial y en particular en el país.
- Todos los problemas de salud detectados tendrán una respuesta y seguimiento por el Sistema.
- El Estado asume el tratamiento en su totalidad.

Prioridades

Cada país, cada provincia y municipio debe determinar las prioridades; por supuesto cada médico puede pensar que una medida de eficacia discutida está justificada para aplicar a su población y puede optar por incorporarla a su desempeño.

Por lo general se proponen las pruebas de pesquisa para cada grupo de edad.

Acciones más frecuentes de pesquisa

Las más utilizadas y en política de mínimo son las siguientes:

- Tensión arterial: determinarla al menos cada dos años. En Cuba se recomienda anual.
- Examen anual de las mamas: debe realizarlo el médico a pacientes mayores de 40 años de edad. En Cuba se recomienda a partir de 30 años.
- Mamografía anual: en mujeres a partir de los 50 años. En Cuba se recomienda cada dos años.
- Prueba de colesterol sérico: se hará cada cinco años en los adultos y ancianos.
- Citología de detección selectiva del cuello uterino: cada 1 a 3 años a todas las mujeres con vida sexual activa a partir del primer coito. En Cuba se recomienda cada 3 años en mujeres de 25 a 64 años.
- Tacto rectal a todo hombre mayor de 50 años de edad.

- Antígeno prostático (PSA): existen en los países diferentes criterios. Por lo general se recomienda anual en pacientes asintomáticos de 45 años de edad con antecedentes familiares de cáncer de próstata de primera línea o mayor de 50 años que lo solicita. En Cuba se realizan estudios en áreas demostrativas para definir el futuro de la política de pesquisa.
- Sangre oculta en heces fecales o sigmoidoscopia cada cinco años comenzando a los 50 años de edad.
- Creatinina anual en pacientes hipertensos.

En Cuba, la estrategia nacional del programa integral para el control del cáncer define que la pesquisa puede ser realizada en tres modalidades:

- Dirigida a las personas aparentemente sanas: cáncer bucal por examen anual a la población mayor de 15 años, cáncer cervicouterino mediante la pesquisa citológica cada 3 años a mujeres entre 25 y 64 años, y cáncer de mama por el examen médico anual y el auto examen de mama a mujeres mayores de 30 años.
- Dirigida a individuos con factores de riesgo de padecer la enfermedad (mama, colon, próstata y piel, entre otras).
- Dirigida a pacientes sintomáticos para detectar el cáncer en etapas tempranas de la enfermedad (todas las localizaciones).

Otros programas preventivos utilizan los criterios siguientes:

- Densitometría ósea:
 - Pesquisa activa una vez al año a los mayores de 45 años.
 - Anual a pacientes portadores de diabetes mellitus, hipertiroidismo.
 - Anual a pacientes con accidentes.
 - Anual a pacientes con enfermedad de Perter.

Dispensarización

Si se considera el concepto de dispensarización (véase capítulo 11) lleva implícitos varios atributos esenciales que la caracterizan. Es un registro, aplica una evaluación, realiza intervenciones y supone un seguimiento de los individuos dispensarizados. Debe quedar claro que la dispensarización es un proceso continuo y el solo hecho, de realizar una evaluación puntual de un individuo, o su registro en la historia de salud familiar u otra lista de personas con diferentes condiciones, no significa que ya esté dispensarizado, más bien indica que se ha iniciado el proceso.

En síntesis, la dispensarización se fundamenta en el desarrollo de un enfoque de riesgo en el que el seguimiento de cada persona es considerado de acuerdo con sus características individuales y los problemas que de forma integral pueden afectar su salud, de ahí, su estrecha vinculación con los programas de pesquisa activa.

La dispensarización es una actividad preventiva y facilita la pesquisa de enfermedades ocultas. Los controles se realizarán según corresponda, de acuerdo con el grupo dispensarial. En estos, siempre se valorará el riesgo para facilitar la pesquisa de enfermedades ocultas. En el capítulo dispensarización se expone la frecuencia mínima de evaluaciones estipulada en el Programa del Médico y Enfermera de la familia para la APS en Cuba. En este documento se dan facultades al médico de familia para planificar acciones de salud, manteniendo un correcto equilibrio entre consultas y terrenos, y con ello influir, de forma importante, en la reducción de la morbilidad y mortalidad.

Consideraciones

La meta final de un programa de pesquiasaje es la disminución de la mortalidad específica de la enfermedad sujeta a pesquisa, gracias a la identificación del mayor número de individuos a los que se les pueda ofrecer la posibilidad de un tratamiento oportuno y efectivo, para mejorar la calidad de vida de cada paciente durante el estadio de la enfermedad.

El médico de familia y su equipo de salud están en una posición privilegiada para incorporar a su desempeño diario la pesquisa activa a cada grupo específico (poblacionales y de riesgo), ya que atiende a la persona en la comunidad, desde que se gesta, está en el útero materno, nace, crece, se desarrolla, envejece y donde finalmente fallece; sin artificiales divisiones que impidan una adecuada atención integral, viéndolo mucho más cerca de su medio familiar, comunitario y social.

Bibliografía

- Álvarez Sintés, R. (2005). Salud Familiar. Manual del Promotor. 2da ed., Ed. MSDS/IAESP/Misión Barrio Adentro/MES/Misión Sucre Maracay.
- Anderson A, Wagner E. (2003). Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Inter Med.*; 138:256-61.
- Batista Moliner R, Feal Cañizares P (2001). *Epidemiología en la Atención Primaria de Salud*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- Cabrera Cruz N, Toledo Fernández AM (2008). Los estudios de la pesquisa activa en Cuba [debate]. *Rev cub salud pública*; 34(1).

- Disponble en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Fernández Sacasas JA, Díaz Novás J (2009). Algunas consideraciones teóricas sobre pesquisa activa [trabajo de revisión]. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 25(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi11409.htm
- García Nápoles, J.E. (2001). Atención al adulto. En Álvarez Sintés R. *et al. Temas de Medicina General Integral*, volumen I. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- García Nápoles, J.E., R., Álvarez Sintés, D., Santiesteban Saldívar, y R., Marina García (2000). *Manual para el médico y la enfermera de la familia*. Editorial AGCD, La Habana.
- Harvey V. Fineberg (2013). *La paradoja de la prevención en medicina*. JAMA; 310(1):85-90
- Henke RM, Goetzel RZ, McHugh J, Isaac F. (2011). Recent experience in health promotion at Johnson & Johnson: lower health spending, strong return on investment. *Health Aff (Millwood)*. 30(3): 490-499.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, *et al.* (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*; 380(9859):2095-2128.
- Ministerio de Salud Pública. Cuba (2011). Programa del médico y enfermera de la familia. MINSAP, La Habana
- Ministerio de Salud Pública. (2012). Anuario estadístico de salud. Minsap, La Habana. Cuba
- Screening for breast cancer. US Preventive Services Task Force. (2013) .<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspbrca.htm>. Accessed June 6,
- Trinkaus E. (2011). Late Pleistocene adult mortality patterns and modern human establishment. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 108(4):1267-1271.





GENÉTICA MÉDICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Araceli Lantigua Cruz

El genoma humano compuesto por el ADN nuclear y el ADN mitocondrial, está continuamente en interacción con el ambiente desde las etapas prenatales del desarrollo hasta las últimas etapas de la esperanza de vida al nacer (ciclo de vida humano). Nunca se sabe cuando un defecto genómico nuclear o mitocondrial tendrá la oportunidad o no de expresarse y esto dependerá de la predisposición o resistencia genética de cada individuo y de la agresividad o no del ambiente.

Desde el punto de vista médico la predisposición genética hace al individuo susceptible o vulnerable a determinadas condiciones ambientales que se expresan por síntomas o signos de la enfermedad, sin embargo la resistencia genética es difícil de identificar.

Las frecuencias de las enfermedades genéticas y de los defectos congénitos, cuando las condiciones ambientales de una población son estables, además de bajas, suelen ser bastante constantes. Es por eso que constituyen problemas de salud cuando el panorama epidemiológico varía por acciones preventivas que disminuyen otros factores causales de enfermedades como por ejemplo: infecciones, accidentes, injurias perinatales, problemas nutricionales, acción de tóxicos, de modo tal que se produce un incremento relativo de morbilidad y mortalidad por enfermedades genéticas y defectos congénitos.

En este capítulo se abordarán aspectos que el especialista debe tener en cuenta para atender y reconocer enfermedades genéticas y defectos congénitos en la población bajo su atención médica, con objetivos de proyectar acciones preventivas, en cualquiera de los niveles de salud pero con énfasis en la atención primaria de salud, desde la comunidad en la que viven, se reproducen, mueren y se desarrollan, con las peculiaridades

de convivencia social y cultural que caracteriza a la especie humana.

Enfermedades genéticas

Los defectos genómicos que producen enfermedades genéticas se definen como mutaciones y estas, pueden ser agrupadas de acuerdo con la magnitud del segmento de ADN y número de genes involucrados y también atendiendo a su expresión individual y comportamiento familiar, en: cromosómicas, monogénicas y multifactoriales.

Cada uno de ellos tiene sus peculiaridades en el orden, no solo de su expresión sino también desde un enfoque epidemiológico.

Los defectos cromosómicos no balanceados, suelen tener una prevalencia similar en todas las poblaciones y sus diferencias suelen estar determinadas por el envejecimiento de la maternidad o por el efecto del desarrollo de pesquisas prenatales de enfermedades genéticas como el síndrome Down (Fig. 46.1).

Las enfermedades monogénicas dependen de mutaciones génicas específicas así como de la transmisión hereditaria o la aparición de novo de las mismas y de fenómenos relacionados con el origen de las poblaciones y efectos de selección, migración o tasa de mutaciones en esas poblaciones. También las prevalencias dependen del tipo de herencia mendeliana de la mutación en cuestión y de la aptitud reproductiva de las personas afectadas. Por ejemplo, en una población con una natalidad anual de 10 000, en un periodo de cuatro años nace un niño con acondroplasia que es un defecto genético monogénico de herencia autosómica dominante, sus padres no padecen la enfermedad, se



Fig. 46.1. Prevalencia del síndrome Down en la población de Cuba (Fuente: Por la vida).

trata de una nueva mutación, es el único nacimiento en ese periodo con esta enfermedad genética en esos cuatro años y su prevalencia se estima en el orden 1 por 40 000 nacimientos. En otra población con similares características, y en igual periodo de tiempo, una señora que presenta acondroplasia tiene dos partos y ambos son niños acondroplásicos, la prevalencia de acondroplasia en esta población estará en el orden 1 por 20 000 nacimientos. En Cuba la anemia drepanocítica y la fibrosis quística son enfermedades monogénicas de herencia autosómica recesiva, que tienen alta frecuencia de portadores, ambas enfermedades están relacionadas con el origen de nuestra población y las combinaciones genómicas africanas y europoides, junto a los genomas nativos y al aporte asiático adicional.

Las enfermedades genéticas y defectos congénitos determinadas por defectos de genes de grupos poligénicos, cuyo fenotipo es el resultado de la acción aditiva entre ellos, son las más frecuentes. Los mecanismos de interacción de mutaciones en uno o varios de estos genes resultan de comprensión extremadamente complejas para explicar sus consecuencias fenotípicas e incluso para identificar una anomalía específica en la estructura molecular de sus genes es por eso que se conocen como enfermedades de herencia multifactorial. En el orden epidemiológico tienen características propias para cada población ya que este tipo de enfermedad genética tiene una particular susceptibilidad a la acción de ambientes socioculturales específicos. A este grupo de enfermedades genéticas pertenecen defectos congénitos específicos y frecuentes como las cardiopatías congénitas, los defectos congénitos del tubo neural, defectos de cierre de estructuras labiales o del paladar y las denominadas enfermedades comunes como las epilepsias, la diabetes, el asma, la esquizofrenia, las demencias dentro de las que figuran en primer lugar el

Alzheimer, enfermedades bipolares y tipos de cánceres como el de mama, colon, próstata.

Una de las principales acciones en genética médica en la comunidad, que puede realizar el especialista en MGI, es la detección de familias que presentan riesgos ya genético o prenatal ambiental y la de observar la frecuencia con que aparecen enfermedades genéticas y defectos congénitos en el área bajo su control.

Las variaciones del desarrollo forman parte de la gran diversidad expresada en el fenotipo y que son el resultado de la combinación e interacción genética que ocurre como resultado de los eventos biológicos que caracterizan la perpetuidad de las diferentes especies y en los que tiene una participación especial la interacción del genoma y del ambiente (recordar que se incluye también en el ambiente la etapa de la fecundación hasta el nacimiento).

Las enfermedades genéticas se corresponden con variaciones genéticas del desarrollo que requieren de ayuda médica, educativa, social o de combinaciones de estas. Son de gran heterogeneidad en su expresión clínica por la complejidad y diversidad de órganos o sistemas involucrados. Generalmente las personas con enfermedades genéticas presentan ciertas limitaciones que resultan en discapacidades de diversos grados de severidad físico-motora, sensorial, cognitiva, mental o mixtas, que requieren para la incorporación social de los individuos afectados, de tratamientos y rehabilitación tan heterogéneas e individuales, como diversas son estas enfermedades desde el punto de vista médico. Pueden ser detectadas incluso durante la vida fetal, por el uso de tecnología que permite el diagnóstico durante la etapa prenatal del desarrollo.

Algunas de ellas se acompañan de defectos congénitos, asociadas o no con anomalías del neurodesarrollo, aunque también pueden presentar estas últimas anomalías, sin defectos congénitos, de suerte que

pueden ser identificadas desde el nacimiento solamente por el examen físico. Sin embargo, hay también enfermedades genéticas que no son detectadas desde el nacimiento, por ausencia de síntomas o signos que evidencien su presencia en esta etapa de la vida y el comienzo de las manifestaciones de su expresión puede entonces, ser considerado como postnatal. Otro enfoque está relacionado con el carácter evolutivo progresivo o estático de la expresión de los defectos del material genético que originan a estas enfermedades.

Se puede definir entonces como enfermedad genética las consecuencias fenotípicas que son el resultado de anomalías en alguna o en varios de los mecanismos biológicos involucrados en la conservación, reparación y expresión de la información genética.

Árbol genealógico: un instrumento indispensable

La historia clínica, con los avances de los conocimientos genéticos y nuevas tecnologías, lejos de perder actualidad para el estudio de una enfermedad genética o de un defecto congénito, constituye un método científico de extraordinario valor y sin el cual es imposible realizar una investigación dirigida a profundizar sobre los fenómenos genéticos y los problemas que genera en el individuo las anomalías de función del genoma.

La observación de las rarezas propias de la enorme variabilidad genética comienza con la observación y la descripción de aquello que resulta diferente. Es el primer paso en la investigación a partir de la cual se diseña con sentido lógico, toda una estrategia de aplicación de la novedosa y no tan novedosa tecnología para la caracterización del defecto o de los defectos del ADN que la ha originado. No menos valor tiene también la observación epidemiológica del problema, pero siempre el punto de partida es la historia clínica diseñada especialmente para el estudio y manejo preventivo de estas enfermedades. Dentro de la historia clínica existen dos valiosos instrumentos que permiten ubicar el problema en un primer nivel de análisis: Ambos están ligados entre sí porque se basan en el interrogatorio y ellos son la historia natural de la enfermedad y el árbol genealógico.

El tener una simbología internacional para su confección, permite su interpretación y en un espacio relativamente pequeño se logra obtener una cantidad de información formidable que, aunque está dirigida al análisis de segregación del problema de expresión de un defecto genético específico en la familia, proporciona

de inmediato la posibilidad de ubicar fenómenos tales como matrimonios inestables, fertilidad, consanguinidad y grado de parentesco, relación familiar social con parientes y conocimiento sobre los padecimientos de esos familiares, características culturales y el efecto de creencias religiosas. Identificar qué quieren comunicar y qué quieren mantener en reserva. Relaciones del afectado con la familia. Repercusión de la enfermedad o defecto congénito en familiares de primer, segundo o tercer grado de parentesco, grado de aceptación del problema en la familia entre otros aspectos importantes biosociales que se necesita tener en cuenta cuando se realiza el familiograma.

Las diferencias entre familiograma y árbol genealógico radican en que, mientras el primero recoge información relacionada con la familia o núcleo familiar que el especialista atiende en el área de APS, el segundo recoge información que permite hacer un análisis genético de segregación de la enfermedad o defecto congénito que se estudia y los datos se extienden a miembros de la familia que viven en otras regiones del país e incluso en el extranjero y debe extenderse como mínimo a tres generaciones.

La confección del árbol genealógico, si bien puede tener sus dificultades, es bastante fácil de realizar, esta práctica ya la han iniciado en sus estudios de pregrado cuando recibieron contenidos sobre la genética de enfermedades mendelianas.

La simbología para su confección aparece en todos los textos de genética e incluso en otros textos de medicina, los más importantes aparecen en la figura 46.2.

Herencias mendelianas

No es propósito de este capítulo describir las características hereditarias o los criterios para conocer el tipo de herencia mendeliana ya estudiada en otros niveles de la enseñanza de la medicina, pero sí enfatizar en algunos de ellos.

Las herencias dominantes se caracterizan porque son:

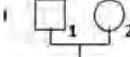
- Debidas a nuevas mutaciones y el individuo es el único caso afectado en la familia, son individuos heterocigóticos para el alelo normal + y la nueva mutación - (+ / -).

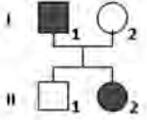
- Hereditarias de modo tal que el individuo afectado tiene a uno de sus padres también afectados. Al propio tiempo ese individuo tiene un 50 % de probabilidad de tener hermanos también afectados por igual enfermedad.

El  se corresponde con el fenotipo masculino y el  con el femenino.

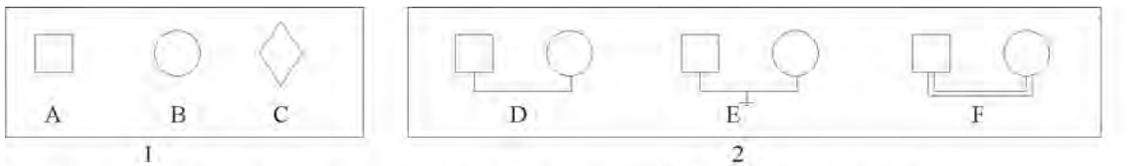
Las uniones de ambos símbolos significan así  matrimonio o

hermandad en esta forma  y una familia de primer grado de dos.

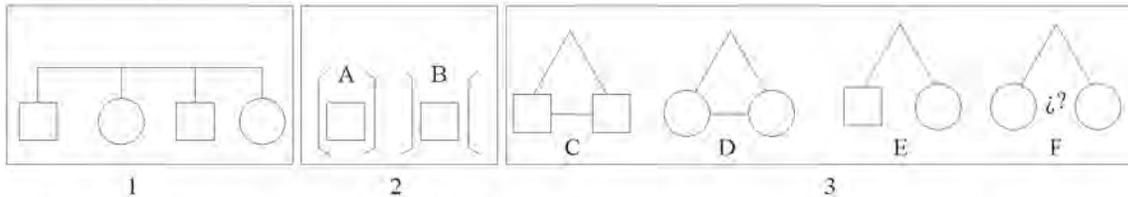
generaciones  Los símbolos rellenos en un color

simbolizan al individuo afectado por algún rasgo  En este

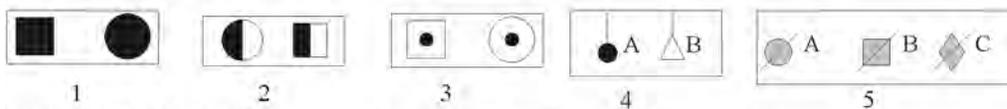
árbol genealógico, el padre y la hija presentan la misma enfermedad.



1. A- Hombre B- Mujer C- Sexo desconocido. 2. D- Matrimonio E- Matrimonio sin hijos F- Matrimonio consanguíneo



1. Hermanos 2. Adopción A: Intrafamiliar B: Extrafamiliar. 3. Gemelos C y D: Monocigóticos (MZ) E: Dicigóticos (DZ) F: Cigotidad desconocida.



1. Afectados 2. Manifestaciones parciales 3. Portadores heterocigóticos recesivos 4. Abortos A: Interrupciones B: Espontáneos 5. Muertes fetales A y B: Sexo conocido C: Sexo desconocido.



Fig.46.2. Símbolos del árbol genealógico.

La observación del sexo de la persona afectada es importante ya que si el gen está localizado en un cromosoma autosómico la herencia será autonómica dominante, pero si la mutación está localizada en el cromosoma X, la herencia será dominante ligada al cromosoma X. El análisis de segregación puede definir este fenómeno, solamente por sexo de la descendencia del hombre afectado, ya que si este hombre afectado, tiene un hijo varón afectado se puede de inmediato excluir la herencia dominante ligada al cromosoma X.

La presencia de individuos afectados a partir de un matrimonio consanguíneo sugiere una herencia autonómica recesiva, mientras la presencia de solamente hombres afectados emparentados a través de mujeres, puede sugerir una herencia recesiva ligada al cromosoma X, si esas mujeres no presentan la enfermedad en su condición de portadoras de la mutación de expresión recesiva, a diferencia de las herencias dominantes ligada al cromosoma X que se caracterizan porque las mujeres también expresan la enfermedad.

Análisis de segregación es el concepto que se utiliza para referirse en genética, a la observación de cómo segrega una mutación en los miembros que componen a una familia. Se puede realizar a partir de estudios moleculares, cromosómicos y del análisis de genotipos de marcadores genéticos pero en la práctica de la genética médica se realiza partiendo de la expresión de signos y síntomas ya delineados en un fenotipo de un síndrome presumiblemente genético o que serán investigados en una familia específica, sobre todo las enfermedades genéticas poco conocidas por su baja frecuencia.

Para realizar el análisis de segregación de una enfermedad genética mendeliana o monogénica hay que tener siempre presente los fenómenos de expresividad variable de la mutación, la penetrancia reducida, el efecto pleiotrópico del gen, el fenómeno de inactivación del cromosoma X, la presencia de mutaciones de novo, los fenómenos relacionados con el sexo (defectos limitados al sexo pero que se transmiten por la gametogénesis de ambos sexos), los influidos por el sexo que se expresan con diferente magnitud según se trate del sexo femenino o masculino, de acuerdo con la fisiología y órgano diana de una vía endocrino-metabólica.

También hay que tener presentes en el análisis de segregación, el efectos de los nuevos conocimientos sobre la función de los genes, anormalidades en mecanismos epigenéticos como el de impronta genómica, anormalidades de segregación de cromosomas homólogos en la formación de gametos con disomías uniparentales (heterodisomías e isodisomías), la repercusión de nuevas mutaciones en células germinales o somáticas originando

mosaicismos germinales o mosaicismos somáticos, o también tener en cuenta la transmisión, solo materna de la herencia mitocondrial, las características de cambios durante las gametogénesis de las repeticiones de mutaciones inestables y su significado de expresión de acuerdo con el lugar que ocupe el individuo afectado o portador, en las generaciones de la familia que se analiza.

En el estudio de enfermedades multifactoriales el árbol genealógico resulta de particular importancia cuando se trata de identificar el papel de poligenes en enfermedades con base genética subyacente, estimando la heredabilidad y con esta, conocer la magnitud de los factores genéticos y ambientales para la expresión de la enfermedad. La presencia o ausencia de agregación familiar es un indicador de poca o mucha participación genética en estos casos.

Como ya se ha expresado, las enfermedades genéticas, generalmente estigmatizan al individuo de alguna manera, bien porque disminuye su calidad de vida, bien por la necesidad de atención médica continua, por la necesidad de acciones educativas especiales debido a la presencia de limitaciones visuales auditivas, motoras, mentales o cognitivas o incluso porque disminuyen las capacidades de reproducción del individuo interfiriendo en las aspiraciones de lograr la descendencia deseada.

Se enfocarán particularidades de la genética médica a partir de generalidades que en su conjunto, constituyen un problema de salud.

Dismorfología

El concepto dismorfología se refiere al estudio de defectos congénitos de las estructuras anatómicas en las que es posible observar anormalidades del desarrollo embrionario. Se define también como una disciplina científica que, con sus propias categorías, combina conocimientos, conceptos y habilidades del campo de disciplinas como la embriología, la genética clínica y la pediatría.

Defectos congénitos y su etiología

En ocasiones existe cierta confusión en la interpretación del origen genético de los defectos congénitos y en el uso sinónimo de defectos congénitos y malformación congénita. Si bien los defectos congénitos pueden tener etiología genética también pueden ser el resultado de interferencias en los mecanismos genéticamente determinados que tienen su acción en la etapa embrionaria de organogénesis.

Se puede definir como defecto congénito toda anormalidad anatómica detectada en el recién nacido. Hay

defectos congénitos fácilmente detectables al examen físico pero los que corresponde a estructuras anatómicas internas generalmente se pueden detectar por anomalías de la función de un órgano en su totalidad por ausencia del mismo, o por defectos parciales que impiden su función normal y que se diagnostican durante diferentes etapas posnatales de la vida, en especial en la etapa neonatal.

Los especialistas en genética clínica, como parte de esta especialidad médica han desarrollado habilidades como dismorfólogos entendiendo como tal el reconocimiento y la interpretación etiológica de los defectos congénitos.

Características de los defectos congénitos

Los defectos congénitos por su magnitud se distinguen como mayores y menores. Los primeros relativos a los defectos que tienen un compromiso funcional importante para la vida del individuo, tienen consecuencias médicas, estéticas, requieren de atención temprana, algunas veces de urgencia y por tanto tienen también repercusión social. Tienen una frecuencia del 2 al 3 % de los recién nacidos.

Los denominados defectos menores son defectos estructurales relativamente frecuentes, que denotan un crecimiento desproporcionado de una parte anatómica, que no tienen un significado relevante en la atención médica y que tampoco tienen un significado especial a nivel social, son defectos que tienen más bien un significado predictivo sobre el origen prenatal de un estado patológico específico como por ejemplo el retraso mental. Estas anomalías menores se sobreponen con pequeñas anomalías descritas como signos dismórficos, se presentan con una frecuencia aproximada del 15 %.

También se ha observado que en recién nacidos con ausencia de signos dismórficos o defectos congénitos menores, la frecuencia de asociación a un defecto congénito mayor, es menor al 1 %, mientras que cuando hay un solo signo dismórfico o defecto congénito menor, la probabilidad de asociación a un defecto mayor es del 3 %, cuando hay dos defectos congénitos menores, o signos dismórficos, el riesgo de que se presente un defecto mayor es del 10 % y cuando hay tres o más signos dismórficos o defectos congénitos menores, la frecuencia de un defecto mayor se eleva al 20 %, por lo que el examen y detección de defectos menores o signos dismórficos, es de importancia para el diagnóstico o detección de defectos mayores estructurales o funcionales, sobre todo de órganos internos que no pueden ser detectados fácilmente por la simple observación.

Los signos dismórficos a veces suelen ser muy subjetivos o gradaciones de formas anatómicas de partes del cuerpo en especial de las regiones cráneo faciales, manos, pies y genitales que pueden estar presentes en varios miembros de una familia y que resultan evidencia de su origen genético, pero otras veces pueden ser parte de la delineación de síndromes resultado de mutaciones genéticas o de la interacción con agentes ambientales prenatales, es por esto que siempre se debe acudir al genetista clínico quien está en el deber de identificar la verdadera importancia de estos.

Descripción de algunos signos dismórficos por regiones anatómicas

Cuero cabelludo. Más de tres remolinos de pelo, zonas de alopecia congénita (aplasia cutis), ausencia de remolinos de pelo. Del cabello propiamente dicho ausencia, pelo ralo, quebradizo, no pigmentado, lunares de pelo blanco (Fig. 46.3).

Orejas. Microtia (orejas muy pequeñas de menos de 3 cm), macrotia (orejas mayores de 6 cm en niños menores de seis años y mayores de 7 cm en adultos hasta los 18 años de edad.), senos o fístulas preauriculares, apéndices preauriculares (Fig. 46.4).

Nariz. Punta nasal bífida, nariz muy pequeña, con puente nasal deprimido. depresión exagerada de la raíz nasal, nariz con incremento óseo de los huesos nasales, punta nasal muy elevada exponiendo los orificios nasales, *septum* nasal muy grueso o saliente, alas nasales hipoplásicas muy pequeñas (Fig. 46.5).

Región ocular. Cejas, ausentes o demasiado gruesas, o unidas (sinofris). Pestañas ausentes. O demasiado largas y arqueadas, doble hilera de pestañas. Ausencia del pliegue óculo palpebral. Ptosis palpebral. Hendiduras palpebrales muy pequeñas. Ojos muy separados (hipertelorismo). Ojos muy juntos (hipotelorismo). Desviaciones hacia arriba de las hendiduras palpebrales (mongoloides) o hacia abajo (antimongoloides) (Fig. 46.6).

Boca. Labios extremadamente finos. Fositas en los labios. Encías hendidas. Frenillos alveolares aberrantes. Ausencia congénita de dientes. Anormalidad de la forma de los dientes (incisivos centrales y laterales cónicos). Distancia naso-labial de 1 cm o menos, distancia naso-labial mayor de 3 cm. Lengua de punta bífida. Lengua muy grande (macroglosia) mayor que la cavidad bucal. Lengua extremadamente pequeña (microglosia) (Fig. 46.7).

Mentón. Muy pequeño (micrognatia) y retraído (retrognatia) o muy grande (Macrognatia) o saliente con relación al maxilar superior (prognatismo).



Fig.46.3. Tipos dismórficos en el cuero cabelludo. A y B. Dos remolinos de pelo; C. Implantación del cabello en tridente en la nuca; D. Exceso de piel en la nuca.

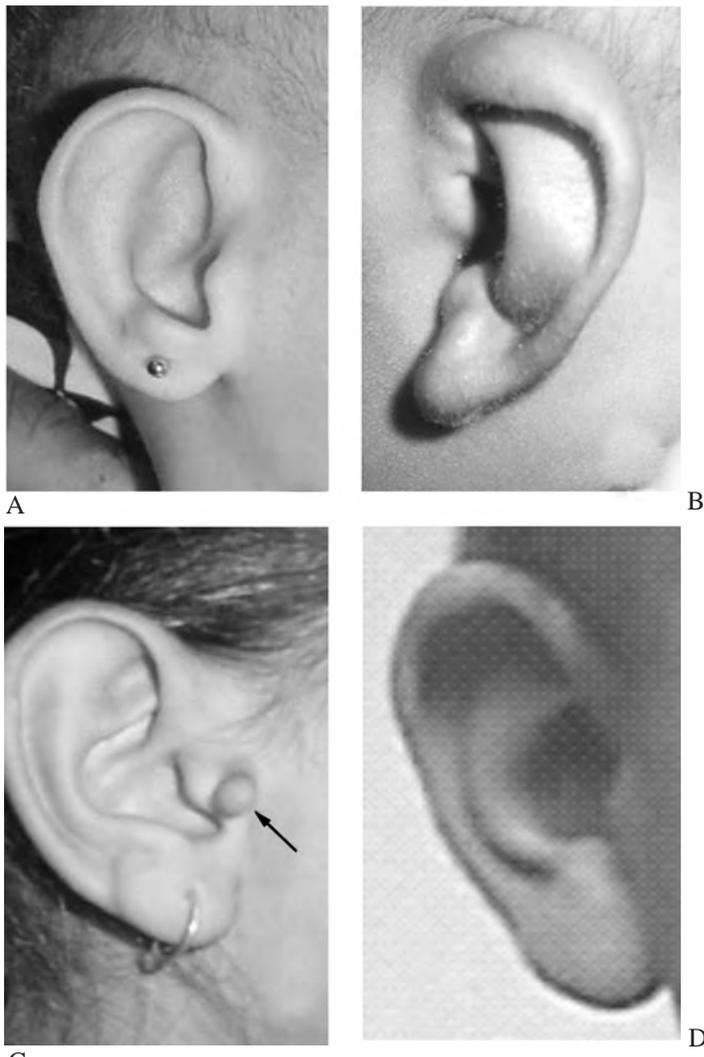


Fig.46.4. Signos dismórficos en las orejas. A. Hélix simple, anomalía del antihélix y de la concha; B. Hélix muy enrollado a nivel superior, anti-hélix prominente, anomalía de la concha y del lóbulo; C. Apéndice periauricular, hélix simple; D. Oreja no dismórfica.

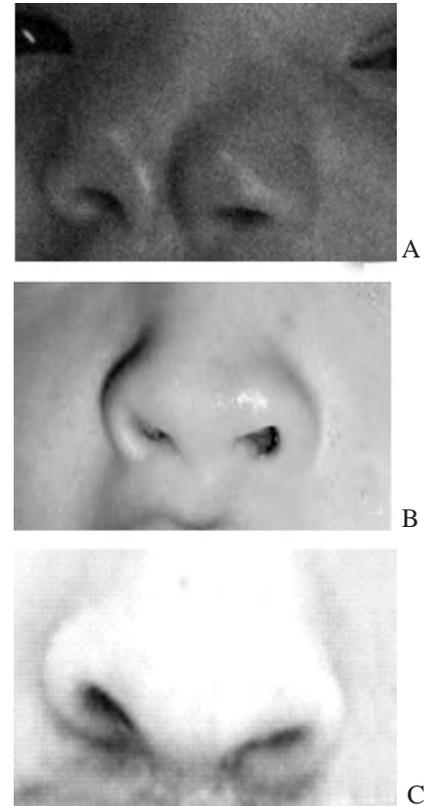


Fig.46.5. Signos dismórficos en la nariz. A. Nariz bífida; B. Punta nasal aplanada; C. *Septum* nasal prominente.



Fig.46.6. Dismorfismo en los ojos. A. Sinofris, desviación antimongoloide y cejas gruesas; B. Ausencia de cejas y pestañas; C. Epicanto; D. Sinofris, desviación mongoloidea; E. Ptosis palpebral bilateral, hendiduras palpebrales cortas.

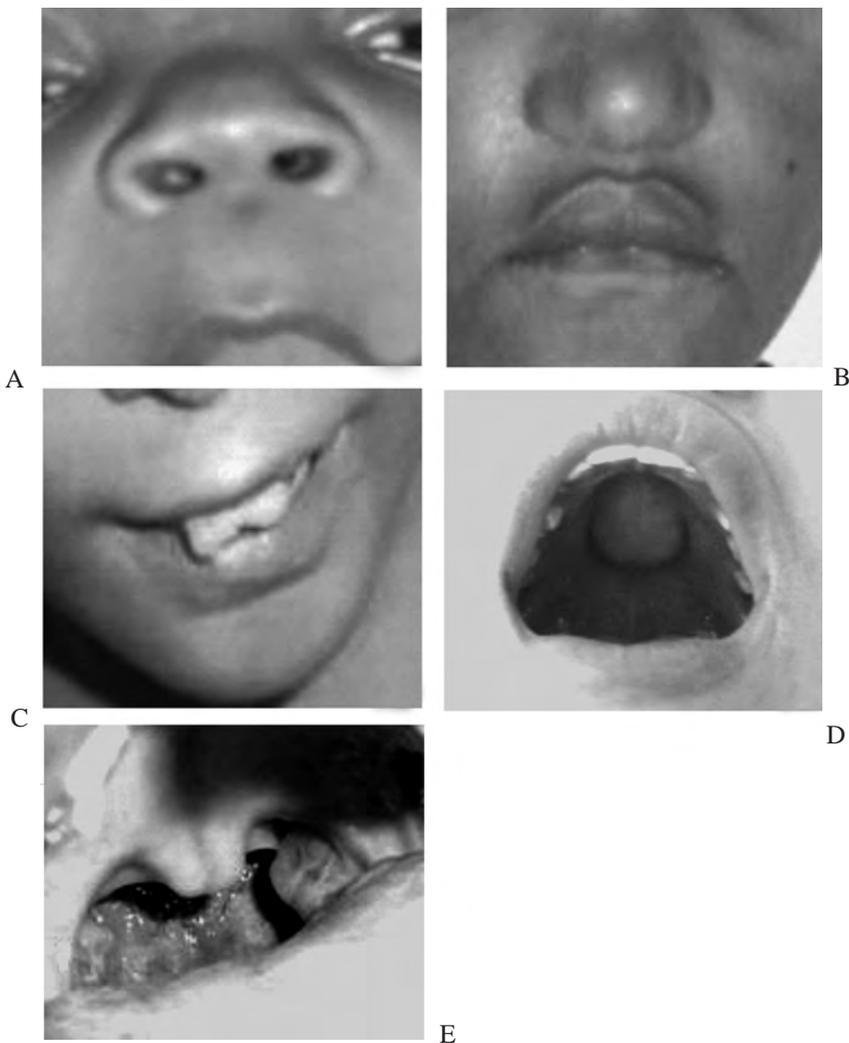


Fig. 46.7. Dismorfismo en la boca. A. Ventanas nasales en anteversión, distancia nasolabial aumentada; B. Fosas nasales pequeñas, punta nasal bulbosa, distancia nasolabial pequeña, labio superior grueso; C. Incisivos superiores grandes; D. Torus palatino; E. Úvula bífida.

Cuello. Ancho y corto, membranoso. Senos y fístulas branquiales.

Extremidades. Brazos muy cortos. Antebrazos zambos. Muslos muy cortos. Piernas muy arqueadas. Presencia de muchos pliegues de piel en las extremidades de bebotes.

Articulaciones. Inmóviles desde el nacimiento. Muy gruesas. Hiperlaxas.

Manos y pies: dedos unidos (sindactilia). Dedos muy cortos (braquidactilia). Dedos muy largos y finos. Asimetría de dedos. Falanges distales muy cortas. Pliegues de flexión de las manos anormales (surco simiano). Quinto dedo de las manos muy incurvados (clinodactilia). Talón muy prominente. Pies en mecedora (Fig. 46.8).

Genitales. Hipertrofia del clítoris. Micropene. Escrotos muy pequeños. Testículos muy grandes (más de 3 cm de largo en prepuberales y más de 5 cm en pospúber (macroorquidismo). Testículos muy pequeños y firmes.

Ombigo. Prominente o cutáneo, muy bajo, muy alto. Hernias umbilicales.

Piel. Lunares, manchas hiperpigmentadas o hipopigmentadas, hiperelástica, estrías cutáneas, hemangiomas planos o con relieves, pecas, lentígenes. Es importante

observar número y región donde se encuentran así como extensión y si incluyen o no mucosas.

Origen de los defectos congénitos

Hay al menos cuatro tipos de problemas que pueden afectar la morfogénesis generando los defectos congénitos, ellos son:

- Pobre formación de un tejido debido a defectos genéticos propiamente dichos y que ya han sido estudiados, pero en los cuales la anomalía genética afecta a genes involucrados en el desarrollo. Son a estos tipos de defectos congénitos, a los que se les denomina *malformación*.
- Efecto de fuerzas inusuales sobre los tejidos genéticamente bien formados a estos defectos congénitos se les denomina *deformidad*.
- Ruptura de tejidos y red de vasos sanguíneos genéticamente bien formados y que se conocen como *disrupción*.

Un defecto congénito primario por estas causas pueden además, producir una cadena de otros defectos según



Fig.46.8. Signos dismórficos en manos y pies. A. Braquidactilia (dedos cortos); B. Surco simiano en los pliegues de flexión de las manos; C. Sindactilia entre los dedos 2do. y 3ro. del pie; D: Cabalgamiento de los dedos 2do. y 3ro. del pie; E. Talón prominente.

la etapa en que estos tengan lugar durante la morfogénesis y en tales casos se producen defectos encascada denominadas secuencias que pueden ser malformativas (secuencia de holoprosencefalia), disruptivas (secuencia de bridas amnióticas) o malformativas (secuencia de oligoamnios). En ocasiones el defecto ocurre en etapas tan tempranas que no es posible identificar en el origen secuencial, si este primer defecto fue originado por malformación, disrupción o deformidad en un momento temprano de la morfogénesis originándose un malformado múltiple de etiología no precisa.

Un cuarto tipo de problema de la morfogénesis se conoce como displasia y se refiere a la organización anormal de las células de un tejido. Las displasias tienen un origen genético y pueden ser originadas por mutaciones a nivel de células germinales o a nivel de células somáticas.

Defectos congénitos como expresión de aberraciones cromosómicas no balanceadas

Las aberraciones cromosómicas se presentan con una frecuencia de 0,5 % nacidos vivos pero al propio tiempo se han observado en 60 % en abortos espontáneos. Actualmente, debido a las posibilidades que ofrecen las técnicas de bandas y el estudio de cromosomas prometafásicos y profásicos para la detección de aberraciones estructurales se incrementa la posibilidad real de conocer nuevas mutaciones de este tipo como etiología de malformados múltiples o del retraso mental. En algunos pares cromosómicos se reportan más tipos de aberraciones que otros y esto se debe fundamentalmente a las posibilidades de viabilidad de los cigotos afectados. Los cromosomas que tienen hasta el momento un mayor número de aberraciones cromosómicas viables reportadas, son los cromosomas sexuales X y Y.

Las manifestaciones clínicas y el dimorfismo de las personas afectadas, tienen para cada aberración y para cada par cromosómico, características específicas. Este fenotipo se ha podido caracterizar bien, en las aberraciones cromosómicas más frecuentes, como en el síndrome Down, sin embargo, en las aberraciones cromosómicas que involucran a los cromosomas autosómicos y que tienen baja frecuencia, se ha podido hacer un análisis de sus manifestaciones fenotípicas que a su vez, ha permitido caracterizar aspectos que les son comunes y cuyo conocimiento puede alertar sobre la sospecha de esta etiología genética.

El conocimiento de los elementos clínicos comunes, constituye un instrumento valioso para cualquier médico

especialista y sobre todo para el médico general integral en su tarea de interconsulta con el especialista en genética clínica.

Estos criterios pueden ser resumidos como:

- Anormalidades anatómicas que varían de acuerdo con el cromosoma involucrado y la magnitud del segmento delecionado o duplicado, que involucran a genes comprometido en las regularidades del desarrollo pudiendo tratarse de defectos congénitos severos o de defectos menores o signos dismórficos distintivos del cráneo, cara, manos, pies y genitales (regiones acrales del cuerpo) que generalmente son una consecuencia de crecimientos desproporcionados de ellas en etapas embrionarias del desarrollo.
- Anormalidades del crecimiento y del desarrollo que pueden estar presentes al nacimiento o que comienzan a observarse en etapas posnatales.
- Anormalidades del funcionamiento del sistema nervioso central (SNC), que dan lugar a retraso mental ligero hasta extremadamente profundo, epilepsias, ceguera, sordera, defectos motores y que muchas veces son el resultado de defectos de malformaciones congénitas de estructuras anatómicas del SNC.

La variabilidad y magnitud del fragmento o del cromosoma afectado, determina que todos los criterios no tengan que estar obligatoriamente presentes, pero los más consistente lo constituye el retraso mental.

Las aberraciones cromosómicas más comunes se caracterizan por un conjunto de signos dimórficos persistentes que, por la frecuencia con que aparecen permiten sospechar el diagnóstico clínico con la simple observación del individuo. Tal es el caso del individuo síndrome Down en el que hay evidencia de correlación entre el examen físico y el cromosoma 21 involucrado.

En una aberración cromosómica son menos frecuentes las malformaciones congénitas aisladas y no tienen el mismo valor clínico que cuando se encuentran asociadas a un conjunto de tres signos dismórfico o más. En conclusión una combinación de varias malformaciones puede ser la expresión más característica de una aberración cromosómica, que la presencia de una malformación aislada.

Por ejemplo, un paladar hendido aislado no tiene el mismo valor para el diagnóstico de una trisomía 14q proximal que cuando está asociado con hipotelorismo, nariz prominente, labios finos y boca característica.

Las combinaciones de varias malformaciones son importantes para sospechar aberraciones cromosómicas específicas, por ejemplo: la trisomía 18 además de un

dimorfismo cráneo facial con orejas faunescas, microrretrognatia, occipucio prominente, pies en mecedora (talón prominente) y marcado retraso del crecimiento, pueden estar presentes las siguientes malformaciones: fístula traqueoesofágica, aplasia radial, cardiopatías y mal rotación intestinal.

Defectos congénitos de etiología monogénica

Existen un número importante de síndromes monogénicos en los que se aprecian defectos congénitos. Algunos de ellos sorprenden a los padres porque son la expresión de mutaciones génicas de novo. En otros casos son interpretados como un defecto común de la familia, sobre todo cuando se trata de defectos que no comprometen severamente las funciones del individuo como ocurre con algunos tipos de polidactilias.

En general, las malformaciones congénitas con estas características etiológicas son la expresión de mutaciones de genes involucrados en el desarrollo embrionario.

La mayoría de las mutaciones génicas con herencias mendelianas se expresan a niveles moleculares afectando la estructura de proteínas con una gran diversidad de funciones, como ocurre en aquellas involucradas en mecanismos metabólicos de diversos tipos, en la estructura de tejidos específicos, o incluso, en el citoesqueleto de células especializadas, en los mecanismos de transporte de sustancias o en mecanismos de comunicaciones intercelulares.

Pocos errores innatos del metabolismo presentan defectos congénitos característicos al nacimiento, un ejemplo de ellos es el síndrome Smith Lemli Opitz que se caracteriza además, por ser recién nacidos moderadamente pequeños al nacimiento y por malformaciones como microcefalia, frente estrecha, ventanas nasales en anteversión, encías gruesas, micrognatia, sindactilia entre los dedos dos y tres de los pies, defectos congénitos de genitales más evidentes en los varones (hipospadia, micropene, hipoplasia de escroto), paladar hendido, cardiopatías congénitas, entre los más frecuentes. Este síndrome es de herencia autonómica recesiva y se debe a defectos de la biosíntesis del colesterol, por lo que durante el desarrollo embrionario hay poco colesterol y concentraciones elevadas del precursor 7^o dihidrocolesterol.

Anormalidades del desarrollo sexual

Para abordar los aspectos clínicos que caracterizan las anomalías del desarrollo sexual, y en especial

a los defectos congénitos de genitales externos, es necesario hacer algunos apuntes relacionados con la diferenciación sexual en el humano.

En primer término, recordar que el desarrollo de los genitales se produce a partir de estadios indiferenciados de las gónadas, los conductos mesonéfricos y paramesonéfricos. Al final de la sexta semana de gestación en las gónadas indiferenciadas se distinguen dos regiones: una parte interna, médula, y una parte externa, corteza. Cuando este ser humano en desarrollo tiene una constitución cromosómica 46, XY los genes involucrados localizados en Yq, son el factor determinante del sexo TDF y en especial, el gen SRY que produce, en esa gónada primitiva, la diferenciación de un testículo, mientras que en su ausencia del cromosoma Y se desarrolla un ovario. Este testículo fetal produce testosterona y su acción produce la formación embrionaria de vasos deferentes, vesículas seminíferas y próstata, a partir de los conductos de Wolf. Al propio tiempo, en las células de este testículo recién diferenciado, se activa un gen que codifica una proteína que suprime la diferenciación del conducto de Müller, que en embriones 46, XX formarían las estructuras correspondientes a las trompas de Falopio, el útero y tercio superior de la vagina. Los genitales externos tienen un cronograma y diferenciación diferentes. Hasta la semana 12 son indiferenciados y su completa formación aparece sobre las semanas 15 o 16 de la gestación. En presencia de la hormona testosterona producida por el testículo fetal y en especial por la dihidrotestosterona que se produce a partir de la testosterona por la acción de una enzima denominada 5- α -reductasa, en las células del seno urogenital, se produce la diferenciación de esta estructura embrionaria hacia la completa diferenciación de los genitales externos masculinos. Cuando el embrión tiene un cariotipo 46, XX se desarrollan los genitales externos femeninos, en ausencia de dihidrotestosterona, que normalmente no se encuentra presente o por lo menos, no en concentraciones que hagan diana en los receptores de andrógenos presentes en estas estructuras indiferenciadas fetales.

Aunque se conocen numerosos síndromes genéticos que se acompañan de malformaciones congénitas de genitales, existen anomalías que responden a defectos genéticos relacionados con mutaciones en genes involucrados en este proceso jerárquico del desarrollo de los genitales internos y externos. Algunos de ellos se relacionan a continuación:

– Sexo masculino con cariotipo 46, XX, por inserción en uno de los cromosomas X del gen SRY.

- Sexo femenino con cariotipo 46, XY, por delección o mutaciones que impiden la acción del gen SRY.
- Defectos del gen que codifica la proteína del receptor de andrógenos (síndrome del testículo feminizante).
- Mutaciones del gen que produce la proteína que inhibe los conductos de Muller.
- Defectos de la biosíntesis de los andrógenos. Ejemplos son la deficiencia enzimática de 5 α reductasa, y de 21-hidroxilasa).

Por la importancia que tiene el conocimiento de la deficiencia de 21-hidroxilasa aquí se referirá de modo especial a la *hiperplasia adrenal congénita* o también denominado síndrome adrenogenital, se produce por una anomalía de retroalimentación de centros superiores del sistema nervioso central liberadores de la hormona adrenocorticotrófica (CRH) que activan la producción de hormona adrenocorticotrófica (ACTH) en la pituitaria anterior y que a su vez activa, en la corteza adrenal, la producción de cortisol.

Este mecanismo hormonal tiene un control de retroalimentación a partir de la regulación de la vía de síntesis de cortisol. El cortisol se produce a partir del colesterol que, simultáneamente, tiene la producción de la aldosterona y los andrógenos (testosterona). Esta es una vía compleja en la que intervienen varias enzimas. Una de estas enzimas es la 21-hidroxilasa (gen CYP21) que interviene, por la vía de formación de la aldosterona, en el paso de progesterona a deoxicorticosterona y por la vía de formación del cortisol en el paso de 17-OH-progesterona a 11-deoxicortisol. Cuando existe una mutación en el gen CYP21 que codifica la 21-hidroxilasa, puede resultar una enzima 21-hidroxilasa no funcional completamente y teóricamente ambas vías (formación de aldosterona y formación de cortisol) pueden estar alteradas produciéndose un aumento tanto de prednolona como de 17-OH-progesterona. El aumento de concentración de esta última sustancia busca salida hacia la vía de formación de andrógenos, produciendo un incremento de testosterona y de dihidrotestosterona que con la regulación normal del proceso endocrino no ocurre durante el desarrollo embrionario.

El gen que codifica la enzima 21-hidroxilasa, se encuentra localizado dentro de los genes del complejo de histocompatibilidad mayor situado entre los loci del sistema HLA, en los brazos cortos del cromosoma 6. El gen CYP21 tiene 10 exones, y las mutaciones más frecuentes son delecciones, duplicaciones y mutaciones puntuales. La caracterización de estas mutaciones es posible por análisis de técnicas moleculares de *Southern blot*.

Deficiencia clásica de 21-hidroxilasa

Es de herencia autosómica recesiva influida por el sexo, aparece con una frecuencia de 1 en 5000.

Se caracteriza por presentar dos formas:

- Forma perdedora de sal, aparece en tres cuartos de los casos.
- Forma no perdedora de sal, aparece en un cuarto de los casos.

Esta heterogeneidad clínica está en correspondencia con heterogeneidad genética alélica ya que se han reportado mutaciones en diferentes exones y también en intrones del gen CYP21.

Ambas formas presentan diversos grados de virilización en el sexo femenino y esto se debe a la existencia de formación anormal de dihidrotestosterona, que produce la virilización de genitales externos cromosómicamente femeninos, por el incremento anormal de andrógenos. En el caso del sexo masculino el aumento de dihidrotestosterona no produce una virilización mayor que la que se espera, por lo que el examen de genitales externos, no ofrece al nacimiento posibilidades de detección o sospecha de esta enfermedad genética (herencia influida por el sexo).

Ambas formas producen pubertad precoz por la deficiencia de cortisol y, en consecuencia, el aumento compensatorio de CRH y de ACTH, con la presencia muy temprana de desarrollo de caracteres sexuales secundarios y se observa crecimiento rápido en los primeros años de vida con incremento de la edad ósea, sin embargo, el adulto presenta baja talla.

La forma perdedora de sal conduce a crisis que amenaza la vida por pérdida de cloruros, las manifestaciones severas en el recién nacido se relacionan con deficiencia de aldosterona, pero mientras que la presencia de genitales ambiguos en las niñas producen una alerta clínica hacia el diagnóstico de esta entidad genética, en los varones sin anomalías de genitales externos puede perderse tiempo pensando en otras condiciones que producen pérdida de sales.

El diagnóstico tan temprano como sea posible, permite variar el cuadro de la enfermedad al regular el metabolismo endocrino con tratamiento sustitutivo con cortisol (hidrocortisona).

La farmacoterapia temprana además, evita la acción de concentraciones inusuales de testosterona en el sistema nervioso central de las niñas afectadas que puede repercutir en la orientación psicosexual que aparece más tarde durante la vida.

La pesquisa neonatal de este error innato del metabolismo ofrece el diagnóstico temprano en ambos

sexos permitiendo una atención y seguimiento familiar adecuados, sobre todo antes de que se asigne el sexo a niñas con genitales virilizados. Es fundamental la inclusión de un psicólogo en el equipo de especialistas involucrados en el seguimiento de estos pacientes en la atención primaria de salud.

Defectos congénitos de herencia multifactorial

Hay poligenes que actúan en la morfogénesis y en casos de mutaciones de algunos de ellos. El genotipo puede tener determinada predisposición genética que lo hace más susceptible a defectos ambientales maternos prenatales, que podrían ser de tipo nutricional como se conoce en los defectos de cierre del tubo neural y las deficiencias de ácido fólico antes de la gestación y durante esta. En estos casos la expresión consiste en defectos congénitos aislados con gradaciones variables en cuanto a las gravedads estéticas, funcionales o ambas. Ejemplos de estos defectos son las malformaciones del tubo neural como encefaloceles, meningoceles, acráneos, defectos de la cara como labio leporino con o sin paladar hendido.

La probabilidad de recurrencia se basa en análisis empírico y específico para cada defecto y para cada población, a diferencia del análisis que se puede hacer cuando se trata de la segregación de mutaciones simples como ocurre en las herencias mendelianas.

En ocasiones aparecen en una familia, varios individuos con similares defectos (agregación familiar) sin que puedan determinarse criterios para definir una herencia mendeliana.

Esto se debe a que en familias específicas, cuando la heredabilidad es elevada, hay mayor probabilidad de que varios miembros de la familia tengan genotipos más parecidos y sean más susceptibles a las variaciones del ambiente. La generalidad de los defectos congénitos con este tipo de herencia multifactorial presentan gradaciones de severidad en cada uno de ellos que se suponen están en correspondencia con el genotipo, de modo tal que los más severos, por ejemplo, labio leporino doble con paladar hendido, tienen un genotipo más comprometido que los que presentan un simple labio hendido unilateral. Los padres de personas con estos defectos, en consecuencia, tendrán mayor probabilidad de tener otros hijos afectados mientras más severo es el defecto en estudio.

Etiología ambiental de defectos congénitos

El desarrollo embrionario consiste en un complejo proceso de diferenciaciones moleculares y celulares

que se inicia con la fecundación del óvulo por el espermatozoide.

Cada momento del desarrollo embrionario presenta células que potencialmente pueden ser diana de agentes externos. Estos agentes que interfieren en el desarrollo embrionario tendrán diversas expresiones en correspondencia con su origen, el momento del desarrollo en el cual hacen su aparición, la dosis, el tiempo que dure su presencia y la susceptibilidad genética al efecto del agente.

La cantidad de procesos moleculares y celulares, su organización y regulación temporal puede verse alterada por la acción de agentes extraños que pueden producir reacciones celulares fuera de las esperadas en la jerarquización genética del desarrollo o gradientes de sustancias que pueden modificar la acción específica de morfógenos y, como consecuencia, provocar defectos de diferentes grados de severidad en el desarrollo embrionario, aun cuando la estructura y función del genoma recién formado se encuentre potencialmente competente como para lograr que la estructura molecular, función bioquímica, anatómica y fisiológica se exprese normal en el recién nacido.

Estas sustancias o agentes extraños, pueden tener diferentes acciones y cuando actúan en el periodo comprendido entre la fecundación y la segunda semana (preimplantación) de la gestación, pueden ocurrir dos opciones: eliminación del cigoto antes de que la mujer incluso advierta su embarazo, o un grado de afectación celular tal que conlleve a la pérdida de células que comienzan a producirse a partir de los primeros periodos posfecundación (segmentación), en cuyo caso, pudiera incluso, no tener lugar ningún efecto. En este periodo la pérdida de algunas células no tiene implicaciones en el futuro desarrollo embrionario ya que aún no hay una diferenciación celular que comprometa el destino de las células.

La morfogénesis se completa entre la 3era. y 8va. semanas del desarrollo, para algunos órganos se extiende hasta la semana 12. La acción de agentes extraños o sustancias en este periodo de la gestación, pueden interferir con los fenómenos celulares de proliferación, crecimiento, migración o apoptosis, modificando sustancialmente los procesos de inducción y diferenciación. Las anomalías serán defectos congénitos mayores y menores que pueden generar secuencias tan severas que se expresan en malformaciones múltiples.

Algunos agentes, solamente afectan el periodo de maduración fetal y provocan alteraciones funcionales y otros interfieren únicamente con los mecanismos de

nutrición determinando aparentemente defectos del crecimiento.

En periodos de la semana 12 al final de la gestación, estos agentes o sustancias extrañas pueden hacer diana en tejidos que se encuentran madurando, pero ya no se observan defectos congénitos mayores, sino más bien crecimientos desproporcionados de partes fetales y, en consecuencia, se pueden observar signos dimórficos o defectos menores; sin embargo, algunos órganos y en especial el sistema nervioso central (SNC), pueden sufrir daños de índole funcional y aun cuando al nacimiento no se aprecien alteraciones, estas pueden ponerse de manifiesto en otros momentos del neurodesarrollo posnatal.

También pueden afectar en sentido general, o como única consecuencia, el funcionamiento placentario y como resultado se puede producir un crecimiento intrauterino retardado.

Cuando estas sustancias producen anormalidades en la formación de órganos y sistemas, reciben el nombre de teratógenos. Prácticamente todos los agentes teratógenos producen los tres tipos de expresiones, incluyendo el retraso del crecimiento intrauterino.

Lo hasta aquí expuesto, explica el por qué manifestaciones como: la infertilidad o los abortos espontáneos, los defectos de morfogénesis, las deficiencias del crecimiento prenatal, las alteraciones funcionales del SNC e incluso la muerte fetal, se utilizan como indicadores generales de teratogenicidad.

El efecto de un agente que tiene acciones desfavorables como teratógeno, se expresa en un amplio espectro en correspondencia con:

- La dosis del agente y el tiempo de exposición al mismo.
- Las semanas de gestación en el momento de la exposición.
- La susceptibilidad de la madre y del producto al agente debido a variaciones genéticas y metabólicas.
- La interacción con otros factores ambientales.

Muchas veces desde el punto de vista práctico, se hace difícil diferenciar entre el efecto de un agente teratógeno y una mutación genética (fenocopia). El interrogatorio es fundamental en el orden diagnóstico.

Teniendo en cuenta el origen de un teratógeno se pueden clasificar en agentes exógenos que llegan a la madre en su relación con el ambiente externo y al producto a través de esta y en endógenos, atendiendo al funcionamiento anormal de las condiciones endocrino-metabólicas maternas que afectan concentraciones de metabolitos específicos que llegan al producto en concentraciones inusuales a través de la función placentaria, y que, como en el caso de los agentes de origen exógeno, pueden interferir en el proceso de embriofetogénesis.

Agentes teratógenos exógenos

Los agentes teratógenos con estas características se clasifican atendiendo a su naturaleza en: biológicos, químicos y físicos

Biológicos. Son agentes infecciosos que afectan al embrión en el útero, provocan inflamación de tejidos en diferentes grados de desarrollo y ocasionan, en muchas ocasiones, muerte celular no programada, la patogénesis de la mayoría de sus efectos, si no todos, se debe a disrupción de los tejidos en formación, o ya formados, en el momento de su aparición.

Los efectos de estos agentes son muy similares: microcefalia calcificaciones cerebrales, convulsiones, déficit auditivo y visual (diversos grados de afectación ocular), prematuridad, crecimiento intrauterino retardado. Los agentes pueden ser: virus como el citomegalovirus, el herpes virus, varicela zóster, rubéola, algunos tipos de bacterias, espiroquetas (sífilis), protozoos como el *Toxoplasma gondi*.

Químicos. Los agentes químicos son un grupo importante de sustancias con efecto teratogénico, pero para su análisis pueden agruparse en tres clases:

- Químicos ambientales, en los que se destacan aquellos que contaminan el ambiente, como los componentes mercuriales, pesticidas.
- La drogas, como el consumo de alcohol, tabaco y otras como la cocaína, marihuana, opiáceos y fármacos comunes, no prescritos como los salicilatos, la talidomida, etc.
- Drogas prescritas, como agentes anticancerígenos, anticoagulantes, antibióticos aminoglucósidos (estreptomina, gentamicina), anticonvulsivantes como trimetadiona, fenoteína, barbitúricos, entre los más importantes, el ácido retinoico, y otros muchos.

Los agentes químicos interfieren la acción de procesos moleculares e impiden el desarrollo de los mecanismos celulares ya explicados.

Físicos. Las radiaciones ionizantes son el ejemplo más conocido. Los estudios realizados al exponer animales a altos niveles de radiaciones (dosis superiores a 25 rads), han sugerido que solamente dosis de energía tan altas como 200 rads tienen la capacidad de producir crecimiento intrauterino retardado, daños del SNC incluyendo microcefalia, y defectos oculares. El periodo de mayor sensibilidad está alrededor de la segunda y quinta semanas después de la concepción. Los altos niveles de radiaciones se presentan en tratamientos específicos, no así para exámenes radiológicos incluso del tipo de las pielografías renales. Sin embargo, todo tipo de estudio

que implique radiaciones debe evitarse durante el embarazo o al menos analizarse riesgo contra beneficio. Por otra parte, las radiaciones ionizantes, además del riesgo como teratógenos tienen riesgos como agentes mutagénicos y cancerígenos.

Las dosis de radiaciones recibidas por concepto de estudios radiológicos de rutina, incluso en abdomen, no exceden de 0,5 a 2 rads y no ofrecen riesgos, aunque sí producen gran alarma en las mujeres embarazadas.

El otro agente físico que puede tener acción como teratógeno es el calor. Las altas temperaturas afectan el desarrollo del SNC tales como defectos de migración y de cierre del tubo neural. Los baños de sauna, los trabajos en los que la mujer embarazada tenga que exponerse a altas temperaturas muchas horas al día o incluso eventos febriles severos (temperaturas superiores a 1,5 ° por encima de la temperatura habitual) son factores de riesgo.

Dentro de los agentes físicos podrían incluirse el efecto de fuerzas mecánicas capaces de afectar el proceso de desarrollo embrionario por descompensación de los mecanismos biológicos creados como protección al producto, por ejemplo, compresiones por malformaciones del útero, fibromas, que pueden afectar directamente partes fetales y provocar una deformidad o comprometer el flujo sanguíneo placentario o afectar el desarrollo de vasos sanguíneos transitorios en la organogénesis u ocasionar alteraciones en el flujo sanguíneo de una parte fetal, lo que provoca anomalías asimétricas del desarrollo.

Los teratógenos caracterizados como tales, cuando actúan en el primer trimestre de la gestación, ocasionan defectos múltiples bien delineados y que permiten ser reconocidos por su expresión física desde el punto de vista médico, ejemplo de ellos son síndromes tales como fetal por rubéola, fetal por CMV, fetal por alcohol, por hipertermia, etc. de modo tal que cuando en el examen físico de un paciente se sospecha uno de estos síndromes, se debe insistir en el interrogatorio a la madre en eventos ocurridos en etapas prenatales, incluso en el caso de sospecha de infecciones ocurridas en otros hijos que atendió directamente en ese periodo o la ingestión de sustancias químicas aún en pequeñas dosis como es el caso del alcohol.

Susceptibilidad genética al efecto de teratógenos

No todas las gestantes expuestas al mismo teratógeno en el mismo periodo del embarazo y a igual dosis, tienen hijos con iguales consecuencias y esto se debe a la

predisposición genética tanto materna como del propio feto. Cada uno de ellos tiene un umbral diferente de susceptibilidad o resistencia a la acción del teratógeno en cuestión. A continuación se ilustra con un ejemplo.

Hay sorderas en el humano que son el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales. Los factores genéticos pueden deberse a la expresión de simples mutaciones y estas, a su vez, afectar tanto al genoma nuclear como al mitocondrial. Existe un tipo de sordera en la que se ha encontrado una mutación en el genoma mitocondrial de tipo homoplásmico (A1555G). Las personas que solamente tienen esta mutación no presentan sordera, pero sí una predisposición a padecerla por la acción ototóxica de aminoglucósidos. Una mujer embarazada que presente esta mutación tendrá afectado todo el genoma mitocondrial, y en consecuencia, transmitir la mutación al 100 % de sus hijos, como corresponde a este tipo de herencia y por supuesto, tanto ella como su feto serán susceptibles a la acción ototóxica de antibióticos con estas características. En el árbol genealógico es posible detectar a varios individuos de forma aparentemente aislada con sordera, y en estos casos es necesario realizar un análisis de posible segregación en correspondencia con una herencia mitocondrial.

Condiciones endocrino-metabólicas maternas anormales

El ejemplo más ilustrativo aunque no el único, es la diabetes insulino dependiente, que es causa de pérdida de embarazos o de frecuencia elevada de defectos congénitos debido, muchos de ellos, a anomalías en la angiogénesis relacionadas con fenómenos de estrés oxidativo y que involucran con frecuencia a las extremidades. También la diabetes materna determina anomalías en el crecimiento y desarrollo fetal, tanto deficiencia como sobrecrecimiento, este último cuando menos, produce el riesgo de defectos congénitos por deformidades, debido a un crecimiento fetal mayor a las posibilidades de adaptación del útero.

Otro ejemplo lo constituyen defectos metabólicos maternos como la fenilcetonuria. Se trata de madres que fueron tratadas en su infancia con dietas carentes de fenilalanina. Como ellas siempre presentan niveles plasmáticos muy altos de fenilalanina, estas concentraciones tan altas pasan la barrera placentaria y actúan como teratógenos. El efecto es un desarrollo anormal del SNC evidenciado por microcefalia y retraso mental.

Se puede concluir que la presencia de un defecto congénito mayor o menor debe ser objeto de investigación que permita determinar su origen, no solamente

para definir el pronóstico del mismo y un tratamiento específico, sino para establecer estrategias preventivas preconcepcionales (véase más adelante capítulo 47 “Detección de riesgo gético preconcepcional”).

Discapacidad intelectual

Hasta hace poco se definía como retraso mental (RM) el nivel de función intelectual inferior a dos desviaciones estándar con referencia a la media de los valores obtenidos a partir de la aplicación de los denominados test para medir inteligencia y por limitaciones en la habilidad de funciones en áreas de la vida diaria, tales como la comunicación, el autovalidismo y responder por sí mismo a actividades sociales y escolares.

Con frecuencia las personas con discapacidad intelectual o retraso mental pueden tener otras discapacidades como:

- Parálisis cerebral.
- Epilepsia.
- Ceguera o baja visión.
- Pérdida auditiva.
- Déficit de atención e hiperactividad.

Estas asociaciones son más frecuentes en pacientes con formas más severas de retraso mental.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su novena edición con modificaciones clínicas (ICD-9-CM) se define la severidad del RM en las siguientes categorías:

- Ligero, coeficiente de inteligencia (CI) de 50-70.
- Moderado, CI 35-49.
- Severo CI de 20-34.
- Profundo menos de 20.

La OMS clasifica dos grupos de retraso mental:

- Severo CI inferior a 50 (RMS), comprende RM moderado, severo y profundo.
- Ligero CI entre 50 y 70 (RML).

Esta clasificación facilita estudios con fines de análisis etiológico y también de comparar la situación epidemiológica de este indicador en diferentes regiones de un país y entre diferentes países.

La etiología del RM puede atribuirse tanto a factores genéticos y como ambientales. A su vez éstas difieren considerablemente, en función de la severidad del CI.

Cuando el CI es inferior a 50 las causas genéticas o ambientales son demostrables, en prácticamente el 90 % de los casos, no así cuando el CI se encuentra entre 50-70.

Se debe tener en cuenta que:

- Los factores genéticos son siempre de origen prenatal, los factores ambientales pueden estar presentes tanto en etapas prenatales, como perinatales y posnatales.
- Cuando los factores ambientales actúan en etapas muy tempranas del desarrollo embrionario (prenatal) los defectos congénitos resultan verdaderas fenocopias, de defectos genéticos (simulan síndromes genéticos).

De acuerdo con factores causales genéticos o ambientales y las posibilidades reales de conocer sus causas, el retraso mental puede clasificarse como:

- Prenatal.
- Perinatal.
- Posnatal.
- Inclasificable.
- Psicosis.

La clasificación prenatal se propone cuando el RM se acompaña de uno o más defectos congénitos o de más de tres defectos congénitos menores o signos dimórficos bien definidos y especialmente aquellos que tienen menos modificaciones con la edad.

Otros indicadores de factores prenatales en la etiología del retraso mental son:

- Bajo peso para la edad gestacional.
- Antecedentes maternos de agentes biológicos, físicos o químicos de conocido efecto teratogénico.
- Enfermedades maternas conocidas (endocrino-metabólicas, hipertensión arterial u otras que puedan repercutir en la salud fetal).
- Antecedentes familiares de consanguinidad.
- Familiares de primer grado con RM.
- Evidencias de herencia ligada al cromosoma X.

Se clasifican como factores perinatales, cuando en ausencia de las manifestaciones o antecedentes anteriores, existieran evidencias de asfixia, hipoxia, hematomas cefálicos, traumas u otros fenómenos relacionados con el parto y hasta los siete primeros días de la vida.

Los factores posnatales se definen en ausencia de los antecedentes anteriores y existencia de evidencias de fenómenos ambientales que dejarán secuelas en el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC).

Cuando en ausencia de todos los posibles factores causales anteriores no existieran evidencias etiológicas de RM, no se cuente con elementos clínicos o técnicos que permitan identificar etiología genética o ambiental, entonces se clasifica como retraso mental inclasificable.

Se clasifica como retraso mental por psicosis al autismo infantil primario con retraso mental u otras

psicosis asociadas a RM con diagnóstico especializado de psiquiatría y no forman parte de síndromes ni están relacionados con la presencia de malformaciones.

Etiología genética del retraso mental

Aberraciones cromosómicas

La primera evidencia genética del RM fue delineada por Landon Down (1876) al describir 62 casos que definió como mongolismo. En 1959, con los avances técnicos citogenéticos de la época, Lejeune describe la presencia de un cromosoma 21 extra en personas con este tipo de RM.

Como para los defectos congénitos, el descubrimiento y la aplicación de las técnicas de bandas, permitió el reconocimiento longitudinal de los cromosomas y la posibilidad del diagnóstico de nuevos síndromes por defectos cromosómicos autonómicos y sexuales que aportan nuevos enfoques a la fisiopatología del RM. Los avances actuales en la citogenética molecular por otra parte permiten identificar pequeños defectos submicroscópicos de cromosomas autosómicos que se correlacionan con la presencia de retraso mental en pacientes con cariotipos de rutina normales. Ahora se conoce que las aneuploidias del cromosoma X presentan gradaciones de retraso mental que se relacionan con el número de cromosomas X. Individuos con cariotipos 48, XXXX, 48, XXXY o pentaploidias del X y el síndrome Fraccaro (49, XXXXY), presentan retraso mental severo, mientras que individuos con cariotipos 45,X, 47,XXX, 47,XXY o 47,XYY tienen gradaciones del coeficiente intelectual que van desde normales, trastornos del aprendizaje, hasta niveles ligeros de RM. Estudios epidemiológicos han permitido reconocer como la causa genética más frecuente de RM, a la trisomía 21 o síndrome Down.

El síndrome Down por su alta frecuencia es bien reconocido, aún por personas no expertas en el diagnóstico de síndromes genéticos. Esta posibilidad de reconocimiento del síndrome tiene la desventaja de ser utilizado de forma imprudente por personal no preparado para dar a conocer este tipo de noticia a los padres y en especial a las madres, al nacimiento o a pocas horas de haber ocurrido este. También causa gran ansiedad el mal diagnóstico del síndrome Down en el recién nacido. Este puede repercutir desfavorablemente en la atención neonatal materna y tener consecuencias irreversibles en el proceso de aceptación futura del niño. Muchas veces se da un valor inadecuado a ciertos signos dimórficos presentes en el recién nacido. La evaluación de un dimorfismo determinado o de varios signos dimórficos

en un recién nacido deben reevaluarse, por lo menos después del primer mes de nacido, dejarle esa misión al genetista clínico es una sabia decisión. En el recién nacido síndrome Down hay 10 criterios conocidos como signos de Hall, que deben ser evaluados cuidadosamente y ellos son:

- Perfil facial plano (90 %).
- Desviación hacia arriba de las hendiduras palpebrales (mongoloides) (80 %). Anormalidades del pabellón auricular (60 %).
- Pliegue de flexión palmar único (surco simiano) (45 %).
- Un solo pliegue de flexión del quinto dedo o clinodactilia (60 %).
- Exceso de piel en la nuca (80 %).
- Manifestaciones neurológicas:
 - Hipotonía generalizada (80 %).
 - Ausencia o pobre reflejo de Moro (85 %).
- Manifestaciones articulares:
 - Hiperlaxitud de articulaciones (80 %).
 - Displasia de caderas (60 %).

La presencia de seis o más de estas manifestaciones, puede ser un indicador de valor diagnóstico, sobre todo si entre ellas se encuentran las de mayor frecuencia.

Discapacidad intelectual (retraso mental) de etiología genética monogénica

La gran cantidad de genes involucrados en el desarrollo y funciones del sistema nervioso central del humano y la extensión del tiempo de formación, tanto de su desarrollo embrionario como de la maduración de células altamente diferenciadas que lo componen, explican la gran heterogeneidad de las enfermedades genéticas y defectos congénitos de origen conocido y de agentes ambientales que pueden hacer diana en algunos de estos procesos que caracterizan a este vulnerable e importante sistema.

Muchas de estas entidades constituyen síndromes complejos, también heterogéneos, algunos, bien delimitados y otros en proceso de investigaciones.

Síndrome frágil X. En el año 1943 se describe un síndrome que actualmente se conoce como la segunda causa genética y la primera causa hereditaria de RM. Este síndrome, con una herencia recesiva ligada al cromosoma X, se caracteriza por presentar un marcador citogenético en la región 27,3 de los brazos largos del cromosoma X y por tal motivo, denominado como un sitio frágil, de ahí su nombre actual de síndrome frágil X o síndrome del X frágil.

Hasta el año 1991, era requisito diagnóstico la presencia de este marcador cromosómico, por lo que,

en los pesquisajes citogenéticos se incorporaron las técnicas para su identificación, lográndose diagnosticar el síndrome frágil X en grupos de varones clasificados hasta ese momento como RM prenatales inespecíficos o en el grupo de inclasificables.

Este es un suceso científico que abrió nuevos conocimientos genéticos importantes apareciendo con él el concepto de mutaciones dinámicas. En este caso del síndrome frágil X, se trata de una mutación en la que está involucrado un triplete denominado CGG cuyo gen normal presenta un número de repeticiones que van desde 6 a 52 y que se encuentra localizado en el cromosoma X en la región q27.3.

En el año 1991 se descubrió esta mutación y el gen de este síndrome al que se le denomina FMR 1.

La caracterización de la mutación dinámica del gen FMR1 es la siguiente:

- Alelo normal: (CGG) $n = 6-52$.
- Premutación: (CGG) $n = 43-200$. “Zona gris”: repeticiones rango (n) de 35-55, que ha de tenerse en cuenta cuando aparece en familias, en las que ya hay uno o más varones afectados.
- Mutación completa ($n > 200-1000$ o más). La presencia de retraso mental está relacionada con la ausencia de la proteína que codifica el gen FRM 1.

La herencia es recesiva ligada al cromosoma X, pero a diferencia de otras mutaciones recesivas ligadas al X, los hombres que presentan premutaciones no se encuentran afectados y transmiten el estado de premutación al 100 % de sus hijas, que a su vez tendrán diferentes riesgos en correspondencia con el número de repeticiones como se exponen a continuación en la tabla 46.1.

Los individuos con el síndrome frágil X presentan características dimórficas pobres al nacimiento. Generalmente se trata de neonatos de buen peso, talla y circunferencia cefálica entre 35 y 36 cm. El primer síntoma está en relación con cierto retraso del neurodesarrollo

que va en incremento con la edad y a los 2 o 3 años se hace evidente el retraso del desarrollo del lenguaje que se acompaña de cierta conducta que recuerda al autismo, hiperactividad, ansiedad, conducta agresiva, timidez, rechazo a las relaciones sociales, ecolalia. También pueden presentarse dimorfismo como cara alargada, mentón prominente, paladar ojival hiperlaxitud de articulaciones, piel suave y aterciopelada, anormalidades esqueléticas propias de los defectos del tejido conectivo que presentan: pies planos, *pectus excavatum* o *carinatum*. Ya en la pubertad el retraso mental se perfila mejor y se añade al *dismorfismo* cráneo facial que lo caracteriza, la presencia de testículos muy grandes o macroorquidismo.

Otros hallazgos son:

- Cardiovascular (ECO: prolapso de la válvula mitral (55%).
- Disfunción endocrina (fenotipo Prader-Willi).
- Disfunción renal e hipertensión.
- Infecciones auditivas recurrentes.
- Epilepsia (22 %).
- EEG anormal.
- Neuroimagen (ventriculomegalia, vermis cerebelar posterior pequeño).

La presencia de familias con varones que presentan RM con las características expuestas, emparentados a partir de mujeres portadoras de premutaciones o de mutaciones completas debe ser estudiada molecularmente para comprobar este diagnóstico.

Todo varón con estas características debe ser evaluado por el genetista clínico.

Los errores congénitos del metabolismo también han sido causa importante de RM, un ejemplo de ello es la fenilcetonuria (PKU). Esto motiva la realización de pesquisajes metabólicos, tanto neonatales como en poblaciones de riesgo, incluidas las instituciones para la atención de pacientes con RM.

Tabla 46.1 Riesgos según el número de repeticiones

Repeticiones del triplete	Riesgo de amplificación de las repeticiones en las gametogénesis
CGG en mujeres “Zona gris” 35-55	Solo en familiares portadores del síndrome, en quienes se pueden identificar como portadoras de premutación de bajo número de repeticiones, pero con riesgo de incrementarse en las gametogénesis y tener hijos portadores de premutaciones de mayor riesgo genético
50-59	Riesgo incrementado de premutaciones y bajo riesgo de tener hijos varones afectados por RM
60-69	20 % riesgo de producir gametos con cromosoma X con la mutación completa
70-79	75 % riesgo de producir en los gametos mutación completa
80-89	80 % riesgo de producir en los gametos mutación completa
Más de 90	100 % riesgo de producir en los gametos mutación completa, y por tanto, riesgo del 50 % de tener hijos varones con el síndrome

Una buena historia clínica puede llevar a sospechar la presencia de un defecto metabólico cuya comprobación y caracterización son absolutamente necesarias, ya que este tipo de defecto genético puede tener tratamiento que mejore la calidad de vida del afectado y puede generar información dirigida hacia el tratamiento familiar del enfermo y a la prevención de la enfermedad en las familias afectadas, por lo que el médico general integral debe realizar las interconsultas no solamente con el neurólogo sino también con el genetista clínico.

Alrededor del 65 % de las enfermedades de etiología genética, se acompañan de trastornos neuropsicológicos, el más frecuente es el RM. Los defectos neurocutáneos tienen especial repercusión ya que presentan como parte de su fenotipo, retraso mental. Son ejemplos las facomatosis, término ya poco usado para definir enfermedades genéticas que comprometen al neuroectodermo, entre estas, la esclerosis tuberosa (ET) y la neurofibromatosis 1 (NF1). En estos casos el diagnóstico es eminentemente clínico y la presencia de manchas café con leche e hipocrómicas en la piel de personas que, además presentan epilepsia, retraso mental o trastornos del aprendizaje constituyen evidencias que deben ser tenidas en cuenta en la impresión clínica de estos diagnósticos.

Algunas consideraciones clínicas y genéticas de la NF1 y de la ET. Las neurofibromatosis, en textos antiguos, fueron descritas como grupos diferentes según clasificación basada en las manifestaciones clínicas y las características familiares. A partir de los conocimientos sobre los genes cuyas mutaciones las originan, se describen dos tipos NF1 y NF2. La primera presenta manifestaciones multisistémicas como se describe más adelante y la segunda también se conoce como central o acústica y sus manifestaciones clínicas son más limitadas y comprometen la audición.

Neurofibromatosis tipo 1. Se conoce también como enfermedad de von Recklinghausen. Tiene una expresividad muy variable interfamiliar e intrafamiliar que se corresponde con las características de la función proteica del gen, que se explica más adelante. El signo diagnóstico más importante por su simple observación es la presencia en cualquier área de la piel, de manchas hiperpigmentadas llamadas café con leche. Más de cinco manchas de este tipo de 2 cm de diámetro se considera un criterio diagnóstico. Los neurofibromas pueden aparecer progresivamente y pueden observarse múltiples, haciendo relieve a nivel de la piel, sobre los nervios periféricos detectados a la palpación y dolorosos, o plexiformes generando grandes deformidades. La epilepsia es una manifestación neurológica frecuente y el retraso mental suele ser ligero o solamente observarse trastornos del

aprendizaje, en estos casos el retraso mental severo y profundo es menos frecuente. A nivel del iris suelen aparecer después de los siete años de edad, pequeños nódulos denominados de Lisch, que suelen ser útiles cuando hay dudas en el diagnóstico y que no ofrecen malestar alguno al paciente afectado.

Es una enfermedad autosómica dominante, en la que se reporta un 50 % de nuevas mutaciones, y que fue detectada como causa de retraso mental monogénico en todas las regiones de Cuba. El gen está identificado, cubre una región importante del cromosoma 17, en sus brazos largos (17q 11,2), es un gen grande de 79 exones y codifica una proteína de 2 810 aminoácidos nombrada neurofibromina. Esta proteína tiene funciones de supresor tumoral. La presencia de neurofibromas se debe a la pérdida de heterocigocidad somática de células del tejido nervioso. Las mutaciones debidas a deleciones, inserciones, sustituciones de bases y mutaciones en sitios de empalme dan lugar a productos génicos truncados o cuando menos no funcionales.

Complejo esclerosis tuberosa (CET). Previamente conocida como esclerosis tuberosa (ET), el término complejo ha sido añadido por su carácter multisistémico y la gran variación en la expresividad de la enfermedad. La prevalencia es del orden de 1 en 15 000 en el Reino Unido, pero en Suecia se reporta de 1 en 12 900, a su vez, en niños la prevalencia es de 1 en 6 800. En el estudio clínico genético de personas retrasadas mentales, realizado en Cuba, el CET estuvo presente en, prácticamente, todas las provincias del país.

Aunque por mucho tiempo las características clínicas se limitaban a la triada representada por epilepsia, retraso mental y adenomas sebáceos, ahora se conoce que esta triada solamente aparece en el 30 % de los casos. En realidad las manifestaciones clínicas comprenden una gran cantidad de signos y síntomas que además difieren en su edad de aparición. Los síntomas y signos registrables por la inspección y el interrogatorio sobre la historia natural de la enfermedad son:

- Convulsiones, trastornos del aprendizaje, trastornos de conducta.
- Manchas hipomelanóticas o hipopigmentadas.
- Parcho de “sapa” (se trata de una zona de la piel ligeramente elevada, rugosa de color amarillo carmelita con textura como la corteza de una naranja y que usualmente se detecta en la región dorsal del tronco particularmente en la región toracolumbar y puede tener desde pocos milímetros hasta 10 cm o más, generalmente aparece después de los 10 años).
- Angiofibromas faciales (nódulos rojos o rosados distribuidos simétricamente en las nasales mejillas y

pliegues nasolabiales), aparecen a partir de los 5 años y en la pubertad.

- Placa frontal, se trata de una elevación de la piel de color rojo o amarillo que crece y aparece desde el nacimiento o antes de los 10 años.
- Hoyuelos en el esmalte dental aparecen en la segunda dentición.
- Fibromas peri- o subungueales se desarrollan en el adulto.
- Angiomiolipomas.

Otras manifestaciones multisistémicas requieren de exámenes especiales como son: nódulos subependimales, tubérculos corticales, quistes renales, carcinoma renal, riñones poliquísticos, hamartomas de retina, anomalías pigmentarias de la retina, rabiomioma cardíaco, linfangiomatosis pulmonar, hamartomas de hígado, entre otras manifestaciones ya menos frecuentes.

Hay dos loci involucrados en el CET, uno se encuentra en el cromosoma 9 (9q34) y a ese gen se le nombra TSC 1 y el otro se localiza en el cromosoma 16 (16p13) y se nombra TSC 2. La proteína codificada por TSC 1 es conocida como la hamartina y la codificada por el gen TSC 2 se conoce como la tuberina. Ambas proteínas se expresan en las neuronas y normalmente interactúan una con la otra. El defecto genético, como en la NF1, funciona según el modelo de genes supresores tumorales, por la pérdida de heterocigocidad (véase retinoblastoma).

Ambos defectos genéticos presentan una herencia autosómica dominante. Cuando se detectan quistes renales podría sospecharse el tipo 2 ya que el gen TSC 2 se encuentra muy cerca del gen PKD1, cuya mutación expresa el riñón poliquístico del adulto. Una delección de un segmento de esa región del ADN podría explicar la presencia de los quistes y estar en relación con alguna pérdida de segmentos de ADN en ambos genes contiguos.

Las características de este complejo de esclerosis tuberosa es un ejemplo de enfermedad genética en la que se presenta una cadena de síntomas y signos clínicos que comienzan en el niño y continúan apareciendo en el adulto, demostrando con ello que en las enfermedades genéticas no hay fronteras entre la atención pediátrica y la atención del adulto.

Discapacidad intelectual o retraso mental no sindrómico

El RM por sí mismo, como síntoma fundamental también puede ser originado por mutaciones simples con herencia mendeliana, el catálogo McKusick de enfermedades hereditarias en el humano, presenta cuatro

formas de RM con herencia autosómica dominante, seis autosómicas recesivas y ya se describen más de 200 recesivas ligadas al cromosoma X. Las mutaciones de genes localizados en el cromosoma X, que producen RM explican en gran medida, la frecuencia mayor de varones con RM.

Discapacidad intelectual o retraso mental de herencia multifactorial

Cuando el RM es una consecuencia de un defecto congénito del tubo neural que a su vez se ha identificado como una malformación congénita con este tipo de herencia, se puede identificar como causa del RM de igual etiología, sin embargo cuando el individuo afectado no tiene un RM como parte de un síndrome, de una secuencia o multimalformado, y los familiares de primer grado (madre, padre, hermanos o hijos) sufren también de RM, estamos en presencia de agregación familiar y por tanto de posible etiología poligénica. Generalmente los individuos afectados en este núcleo familiar de primer grado tienen diferentes gradaciones de severidad de este defecto cognitivo. También puede identificarse la presencia de consanguinidad en padres de individuos con retraso mental no sindrómico. Esto se debe al incremento de probabilidad de que ambos padres compartan características similares de los poligenes involucrados en la complejidad del desarrollo y posteriores funciones del SNC.

Discapacidad intelectual o retraso mental por factores ambientales prenatales

El desarrollo embrionario y fetal del sistema nervioso central tiene las características de ser el primero de los sistemas que se organiza y el que aún es inmaduro al nacimiento y esto lo hace particularmente vulnerable a la acción de agentes teratógenos a los que ya se han referido como factores causales de defectos congénitos, entre ellos se pueden relacionar:

- Teratógenos biológicos:
 - Citomegalovirus.
 - Toxoplasmosis.
- Teratógenos químicos:
 - Medicamentos.
 - Drogas (alcohol durante la gestación).
- Teratógenos físicos:
 - El calor en exceso y mantenido.
 - Radiaciones.
- Anormalidades endocrino-metabólicas maternas:
 - Diabetes gestacional.
 - Fenilcetonuria.
 - Defectos del tiroides.

Discapacidad intelectual o retraso mental prenatal inespecífico

Se refiere a la impotencia del personal capacitado para descubrir la etiología genética o ambiental prenatal del RM. Muchas veces es una consecuencia de la pérdida de elementos importantes en la historia prenatal o al desconocimiento de la existencia o no de otros individuos afectados en la familia, sin embargo además del retraso mental existen en el examen físico del afectado, evidencias de la acción de factores genéticos o ambientales por la huella que han dejado y que se revelan por la presencia de dismorfismos específicos.

¿Cuáles son las diferencias entre el RM denominado inespecífico y el RM inclasificable?

Cuando no existen evidencia de factores causales genéticos o ambientales y el individuo no presenta en su examen físico dimorfismo que permita identificar la posible presencia prenatal de su retraso mental, entonces este se denomina inclasificable.

Un varón con RM inclasificable, sin historia familiar alguna de parientes con RM, podría tratarse del resultado de un hemicigótico (mutación de novo ligada a la cromosoma X) conociendo que existen un gran número de evidencias de genes con loci en el cromosoma X cuyas mutaciones producen RM no sindrómico, podría tratarse también de un individuo único en una forma de RM multifactorial, haber sido la consecuencia de una enfermedad materna o la acción de un agente afectando prenatalmente el neurodesarrollo en etapas tardías del segundo trimestre o durante el tercer trimestre de la gestación. Otras posibilidades de análisis de posibles factores genéticos que también expliquen el retraso mental inclasificable se salen del contenido de este capítulo.

Discapacidades visuales de origen genético

El término para referirse a este tipo de discapacidades es el de ciegos y débiles visuales, personas sin visión alguna o con visión defectuosa.

Los factores causales en estos casos son como para el retraso mental, genético o ambiental y estos últimos de acuerdo con el momento en que interrumpen los procesos normales de la visión se clasifican en pre-, peri- y posnatales, mientras que las causas genéticas, siempre se consideran como prenatales.

La delicada estructura del órgano de la visión proporcióna múltiples momentos del desarrollo, que exponen al órgano de la visión, al efecto de agentes externos, al proporcionar múltiples momentos y procesos celulares como dianas, cuya expresión posterior, pueden simular un defecto de origen genético o fenocopia de un amplio espectro en cuanto a tipos y severidad clínicos.

Esto dificulta la caracterización genética en casos con defectos visuales congénitos que se presentan como casos esporádicos en familias extensas. Los agentes ambientales que actúan después del nacimiento, a su vez se clasifican en perinatales y posnatales atendiendo al momento en que hacen su aparición y, generalmente, no ofrecen dificultades en su clasificación mientras no existan otras discapacidades acompañantes u otras manifestaciones clínicas y el ejemplo más universal es la fibroplasia retrolental por oxigenoterapia inadecuada.

Las causas genéticas de ceguera o debilidad visual en cuanto a tipo de defecto del ADN son las ya conocidas como monogénicas, cromosómicas o multifactoriales y estas variarán en frecuencia de acuerdo con las características poblacionales y de la muestra de los estudios realizados. Si solamente se tienen en cuenta muestras de personas con esta discapacidad, pero sin retraso mental, los defectos monogénicos son los de mayor frecuencia.

En un estudio de caracterización realizado en nuestro país en 134 niños ciegos y débiles visuales entre 4 y 15 años se observó que los factores prenatales (con una frecuencia del 86 %) expresaron el mayor porcentaje.

Vale la pena señalar que si bien los agentes ambientales en el periodo prenatal generalmente dejan su huella al nacimiento, los defectos genéticos pueden manifestarse desde el nacimiento o en diferentes etapas después del nacimiento. Esto debe diferenciarse bien, puede que un defecto congénito no se detecte al nacimiento por un examen incompleto por diversas razones y este sea observado en el niño después del primer año de vida e incluso en la adultez, pero definitivamente este defecto por sí mismo será un defecto estático aunque por su localización pudiera afectar progresivamente la visión. No ocurre así en casos en que las manifestaciones fenotípicas del defecto genético no se pueden detectar al nacimiento, al menos con los medios diagnósticos oftalmológicos al alcance, ya que las manifestaciones visuales anormales se hacen presentes por defectos de la visión en etapas diversas de la vida que pueden ser muy tardías.

Hay numerosos ejemplos de ello. En el estudio las causas genéticas hereditarias tuvieron la siguiente distribución: autosómicas dominantes 37,8 %, autosómicas recesivas 39,0 %, ligadas al X 1,4 %. De ellas fueron congénitas el 85,3 % y progresivas el 14,7 %. Estas últimas fueron en su mayoría, miopías degenerativas, retinosis pigmentaria y distrofias maculares.

Las causas ambientales prenatales por la acción de agentes teratógenos pueden ser identificadas cuando existe el antecedente prenatal o cuando existen evidencias, por estudios inmunológicos de que ocurrió una

infección. Por supuesto que en estos casos uno pudiera sospechar que el agente actuó en etapas del desarrollo que sobrepasaron al menos la octava semana del embarazo, ya que las estructuras visuales se ofrecen como diana a estos agentes en este periodo de la fetogénesis. Los agentes biológicos y en especial los virales y la toxoplasmosis dejan una impronta de ello en la retina y coroides en estos casos.

En otras ocasiones el individuo presenta un defecto congénito en los que resulta imposible detectar tanto mutaciones génicas, como agentes ambientales causales, y estos casos, como en la etiología del RM, quedan clasificados como prenatales inespecíficos, en la investigación a la que ya se ha hecho referencia, estos representaron el 28 %.

Por la enorme importancia que tiene la detección y caracterización de causas de ceguera y debilidad visual en la atención primaria de salud para el éxito de la Operación Milagro, se dedicará un espacio de este capítulo a las características genéticas de algunas de ellas.

Tipos de enfermedades y defectos congénitos que producen ceguera o debilidad visual

Los defectos congénitos severos de anexos oculares que afectan la visión en grado variable, están presentes desde el nacimiento, la mayoría, si no son diagnosticados al nacimiento, se detectan en el curso del primer año de vida o dentro de los seis primeros años y cuando se trata de defectos bilaterales que comprometen la visión, entran en la definición oftalmológica de ciego o débil visual.

Defectos congénitos severos de anexos oculares

Son defectos del desarrollo de la región ocular entre ellos está el criptoftalmo, colobomas de los párpados, disrupciones de párpados, sinequias de párpados u otras anomalías que afectan la función protectora del globo ocular.

- Defectos congénitos del globo ocular: microftalmias, anoftalmias.
- Defectos congénitos del cristalino: cataratas congénitas, subluxaciones congénitas de los cristalinos.
- Defectos de la córnea: opacidades corneales, córneas planas, microcórneas y esclerocórneas.
- Defectos del ángulo iridocorneal: glaucoma congénito.
- Defectos congénitos del iris: colobomas del iris, ausencia total del iris o aniridia.
- Defectos congénitos de la retina y coroides: colobomas de estas estructuras.

Estos defectos congénitos, pueden estar presentes de forma aislada o formando parte de síndromes complejos

en los que están involucrados otros defectos congénitos en otros órganos y sistemas. Su etiología como ya se ha referido, puede ser genética (monogénica, cromosómica, multifactorial) o debida a la acción disruptiva por la acción de agentes teratógenos.

La detección de ciegos o débiles visuales por estas causas deben ser estudiadas para identificar sus factores etiológicos específicos por el riesgo de recurrencia y las acciones preventivas que pudieran realizarse.

Las discapacidades visuales por estas causas pueden ser detectadas desde el momento del nacimiento, cuando existen defectos congénitos que se conoce que afectan la visión, sin embargo los defectos del globo ocular que no son visibles fácilmente, se detectan en etapas posteriores al nacimiento cuando se observan anomalías del desarrollo visual, de ahí la gran importancia de examinar este aspecto como parte del neurodesarrollo en la infancia.

Por lo frecuente con que aparece la discapacidad visual, debido a la subluxación de los cristalinos, por los cambios epidemiológicos como consecuencia de su mejor caracterización genética y clínica, por sus manifestaciones clínicas y por los conceptos que su estudio ha aportado a la comprensión de la expresión de los genes, se harán algunas anotaciones sobre la genética del síndrome Marfan.

Síndrome Marfan. En genética médica este síndrome se estudia dentro de los defectos del tejido conectivo. Fue descrito por vez primera en el año 1886 por un pediatra francés de apellido Marfan. Siempre se pensó en un defecto del tejido conectivo por las características comunes de sus manifestaciones clínicas, alta talla, dolicoestenomelia y una abundante constelación de defectos ortopédicos, dilatación de la aorta ascendente y aneurismas disecantes, defectos visuales severos por luxación de los cristalinos y sus complicaciones. Los patólogos, al estudiar las paredes de la aorta, pensaron en un defecto de la elastina, más tarde se pensó en un defecto del colágeno y se invirtieron numerosos recursos para demostrarlo a medida que se encontraban nuevas moléculas de esta proteína y nuevos tipos de colágenos. En la década del 80 se realizaron múltiples estudios de ligamiento en grandes familias con el fenotipo Marfan y genes conocidos de los diferentes tipos de colágeno, en árboles genealógicos en los que segregaba esta mutación autosómica dominante. No fue hasta que se descubrió una nueva proteína del tejido conectivo (1986) denominada fibrilina que comenzaron a realizarse vinculaciones entre su estructura y esta enfermedad genética. Transcurrieron 100 años desde el reporte del síndrome por el pediatra francés hasta el descubrimiento de que

mutaciones del gen que codifica para la fibrilina (FBN1), explicaban con su efecto pleiotrópico, la fisiopatología de esta enfermedad genética. Hoy se conoce que este gen FBN1 tiene su locus en 15 q 21.1, con 65 exones y que el defecto de la estructura de esta proteína y sus relaciones con otras proteínas del tejido conectivo, explican, no solo la expresión clínica del síndrome *per se*, sino la expresividad variable que lo caracteriza intra familias e interfamilias.

La fibrilina se encuentra formando parte de la estructura de la capa media de la aorta, del ligamento o zónula que sostiene al cristalino y está involucrada en el crecimiento óseo. Un defecto de la fibrilina por una mutación en cualquiera de sus 65 exones puede de acuerdo con la magnitud del mismo, explicar a nivel clínico el efecto pleiotrópico de la mutación en cuestión y las variaciones de expresividad de esta enfermedad genética. El conocimiento molecular ha permitido hacer correlaciones fenotípicas y se han perfilado los criterios diagnósticos de la misma. Se sospecha este síndrome en personas de alta talla y dolicoestenomelia.

En el sistema esquelético se tienen en cuenta al menos cuatro de los siguientes manifestaciones para decir que hay un signo esquelético mayor: *pectus carinatum*, *pectus excavatum* severo, relación segmento superior segmento inferior o brazada talla mayor de 1,05, escoliosis mayor o igual a 30°, defecto de extensión del codo menor de 170°, pies plano valgo, protrusión del acetábulo que es un criterio radiológico. Criterios menores son: *pectus excavatum* moderado, hiperlaxitud articular, dimorfismo craneo facial (cráneo prominente en occipucio, cara alargada, mentón grande, desviación antimongoloide de las hendiduras palpebrales), paladar muy alto y arqueado, apiñamiento de los dientes.

En el sistema cardiovascular es criterio mayor la presencia de dilatación del anillo nortico (criterio por ecocardiografía cuando no existen criterios en la auscultación), disección de la aorta ascendente, mientras que son criterios menores el prolapso de la válvula mitral, dilatación aislada de la arteria pulmonar principal, dilatación o disección de la aorta descendente o abdominal en individuos menores de 50 años.

En el sistema ocular se toma como criterio mayor solamente la presencia de subluxación de los cristalinos (este defecto hay que buscarlo con dilatación completa en lámpara de hendidura) y como criterios menores la córnea plana medida por queratometría, incremento de tamaño del globo ocular medido por ultrasonido y la disminución de miosis por hipoplasia de músculos ciliares y la hipoplasia del iris.

Un criterio mayor se ha añadido al encontrarse una alta frecuencia en personas afectadas, de ectasia dural a nivel del sacro. Esta se evidencia al realizar radiografías de la columna lumbosacra, aparece en el 70 al 90 % de los pacientes, generalmente asintomático pero que debe tenerse en cuenta en pacientes afectados que refieran dolor en columna lumbosacra, dolor radicular o debilidad en las piernas, en estos casos debe realizarse radiologías o para precisar mejor el daño, tomografía o resonancia magnética. En mujeres síndrome Marfan con manifestación extrema de la ectasia a modo de meningocele intrapelvico, se ha confundido con un quiste de ovario o un tumor.

Para sugerir el diagnóstico deben estar presentes dos criterios mayores en dos sistemas y un tercer sistema involucrado con signos menores, pero cuando existe el diagnóstico del síndrome Marfan en la familia, padre o madre afectado, hijo, hermanos, basta la presencia de un criterio mayor en uno de los sistemas de órganos mencionados y un segundo sistema involucrado.

En el nivel primario de salud es muy importante tener presente el riesgo de embarazo en mujeres con el síndrome Marfan que presenten dilatación de la raíz aórtica igual o mayor de 40 a 42 mm, por lo que las mujeres afectadas, en edad reproductiva, deben tener una atención periódica en el servicio de Asesoramiento Genético y de Genética Clínica.

La prevalencia de esta enfermedad se ha estimado en 4 a 6 por 100 000, sin embargo actualmente se valoran prevalencias de 1 en 10 000.

Esta enfermedad genética debe tenerse presente al nacimiento de un niño con más de 50 cm de longitud al nacer, en especial si la madre o el padre del niño tienen criterios diagnósticos del síndrome ya que existe el riesgo del 50 % de haber heredado la mutación, se recomienda un seguimiento evolutivo en servicios de la red cardiopediátrica.

Discapacidades visuales de origen genético de comienzo posnatal

Este es otro aspecto a tener en cuenta. Se trata de defectos visuales de origen genético y por tanto prenatal pero que son de instalación progresiva y siempre se detectan en etapas posnatales de la vida (de comienzo infantil, juvenil o del adulto). Todas ellas tienen características de estar involucradas en otros síndromes genéticos o ser no sindrómicas y, por tanto, constituir anomalías visuales primarias *per se*. Algunos ejemplos de estas últimas, son:

Retinosis pigmentaria. Es una enfermedad de gran heterogeneidad genética tanto alélica como no alélica, que se presenta en las familias cuyo análisis de

segregación de la mutación puede presentar criterios de herencia autonómica dominante, autonómica recesiva con alta frecuencia de consanguinidad, formas ligadas al cromosoma X recesivas. Un gran número de casos constituyen casos únicos en las familias, en los que, la mayoría de las veces, no es posible identificar si se trata de nuevas mutaciones dominantes, o de la expresión de un hemiciigótico (herencia recesiva ligada al cromosoma X) en una familia en la que hasta ese momento no se había expresado la enfermedad o por una nueva mutación. También los casos únicos podrían tratarse de un homocigótico recesivo en familias en las que ambos padres fueran heterocigóticos o, finalmente, tratarse de la acción tóxica de algún fármaco o de la interacción entre factores ambientales en individuos con predisposición genética. Siempre existe la posibilidad de que un oftalmólogo experimentado y un genetista clínico encuentren la forma de llegar a conclusiones que permitan determinar la atención especializada y el riesgo de recurrencia para su descendencia. Tanto los criterios clínicos para el diagnóstico oftalmológico, como los estudios genéticos que deben realizarse, por su grado de especialización se salen de los propósitos de este texto.

La retinosis pigmentaria constituye un modelo en cuanto al enfoque genético de su estudio para otras oftalmopatías genéticas degenerativas de comienzo postnatal, aplicable a otros defectos hereditarios causa de ceguera y debilidad visual como las coroideremias, displasias maculares, el glaucoma y los defectos de refracción como las miopías progresivas.

Por su heterogeneidad se presta atención a las opacidades corneales progresivas como causa de ceguera y debilidad visual. También por sus características clínicas pueden ser primarias o aparecer en síndromes generalmente metabólicos, causados por mutaciones con gran efecto pleiotrópico en su expresión. Cuando son primarias se deben a defectos genéticos que se expresan a nivel de la estructura histológica de la córnea, son hereditarias, y la herencia más frecuente es la autosómica dominante. Suelen ser bilaterales, comienzan en el centro y se extienden hacia la periferia, progresando con la edad. Algunos cambios de la córnea son identificados en edades de la primera década de la vida. Las anomalías pueden ser detectadas con lámparas simples o con el oftalmoscopio, pero para su diagnóstico temprano de requieren de examen con lámpara de hendidura.

Los avances recientes en el conocimiento de su defecto genético molecular han permitido una mejor clasificación, pero se agrupan, generalmente, de acuerdo con la lámina de la cornea involucrada en:

– Distrofias epiteliales: causan dolor epitelial recurrente por las erosiones epiteliales.

- Distrofias de la membrana anterior: se parecen a las distrofias epiteliales, pero en estos casos está involucrada la lámina Bowman.
- Distrofias del estroma corneal: son un gran grupo que se expresan por opacidades debidas a defectos de los componentes del estroma corneal, por defectos genéticos de las células o de las fibras de colágeno de los espacios extracelulares de este especializado tejido avascular.
- Distrofias endoteliales: afectan al endotelio corneal involucrando con ella a la membrana Descemet.
- Distrofias corneales en el curso de efectos pleiotrópicos de mutaciones que corresponden a enfermedades sistémicas: por las características bioquímicas y especialización del tejido craneal, existen un gran número de proteínas estructurales y no estructurales involucradas, lo que explica que estas anomalías corneales se expresen con frecuencia e incluso caractericen a numerosos errores innatos del metabolismo en especial los de almacenamiento lisosomal como las mucopolisacaridosis que constituyen un grupo heterogéneo acompañado, generalmente, de alteraciones óseas, viscerales y de retraso mental.

El diagnóstico primario o sistémico de las distrofias corneales es muy importante a fin de realizar un análisis de su pronóstico ya que muchas de ellas pueden tener tratamientos exitosos utilizando trasplantes corneales.

Atrofias ópticas. Las atrofias ópticas pueden ocurrir como parte de otras enfermedades o procesos heredo-degenerativos, en el curso de enfermedades metabólicas por almacenamiento, por ejemplo, el aumento de determinadas sustancias en las células ganglionares lo que da como resultado atrofia óptica; pueden verse también en el curso de displasias óseas por disminución del agujero óptico y compresión del nervio óptico, pero también pueden constituir entidades aisladas de etiología genética primaria. Se distinguen dentro de ellas: la atrofia óptica (AO) autosómica dominante y la neuropatía óptica hereditaria de Leber.

En la atrofia óptica se distinguen dos tipos: una congénita con nistagmos y una infantil sin nistagmos. La forma de AO no congénita tiene un comienzo subagudo, en la primera década de la vida (4 y 8 años). Se detecta cuando el niño comienza la escuela, pero también puede comenzar en etapas más avanzadas de la vida. La pérdida de la agudeza visual es el síntoma principal. Es un defecto simétrico en ambos ojos. En el fondo de ojo se observa palidez del disco óptico en la región temporal de la papila y no se observan cambios vasculares. El defecto se limita solamente a la pérdida de la visión. Por análisis

de ligamiento se ha detectado un *lod score* de +10,3 que indica ligamiento con marcadores de ADN y, por tanto, localización de esta mutación en el cromosoma 3q27-28. Resulta de particular importancia el chequeo en la infancia de los hijos de estas personas con tan alto riesgo (la persona afectada transmite la mutación al 50 % de los hijos), pues como no tienen nistagmos y los defectos visuales se detectan en etapas posnatales, no suelen ser diagnosticadas tempranamente para su mejor atención y prevención.

Neuropatía óptica hereditaria Leber. Se confunde con la AO autosómica dominante descrita arriba, afecta por igual a ambos sexos pero la frecuencia mayor de afectados se corresponde con los hombres jóvenes. Es de comienzo agudo o subagudo con pérdida de la visión central y una amplia variedad de manifestaciones clínicas adicionales. Aunque es bilateral se diferencia de la AO autosómica dominante por presentarse inicialmente de forma monocular, dos meses aproximadamente después de comenzar un ojo aparecen las manifestaciones en el otro hasta que finalmente es bilateral. La neuropatía óptica es además dolorosa, lo que constituye un valioso síntoma para el diagnóstico diferencial con la AO, de ese tipo de neuropatía. El fondo de ojo muestra un disco hiperémico con bordes pobremente definidos. Los vasos son grandes y tortuosos. El campo visual se distingue por un gran escotoma central que lo diferencia también, de la AO autosómica dominante no congénita en la que hay escotoma central, pero es muy pequeño. A pesar de que hay pérdida progresiva de la visión también se han reportado recuperaciones espontáneas. El defecto genético se corresponde con una mutación en el ADN mitocondrial (ADNmt) y están descritas diferentes mutaciones. La severidad y diferencias de expresión, pudieran estar en relación con los fenómenos que se describen en este tipo de herencia en relación con la distribución celular de las mitocondrias con el ADN mutado y no mutado (homoplasmia y heteroplasmia). La transmisión es solamente por vía materna aspecto este que debe tenerse en cuenta cuando se haga el análisis de segregación en el árbol genealógico de esta enfermedad genética.

Retinoblastoma (Rb). Por tratarse de uno de las enfermedades malignas cuyo defecto molecular constituye modelo de comprensión de algunos tipos de cánceres y por ser causa frecuente de ceguera en la infancia, se dedican algunos párrafos a su mecanismo genético.

Puede ser detectado desde el nacimiento y hasta los siete años de edad pero casi siempre se diagnostica antes de los tres años. Su detección temprana ha permitido lograr preservar la vida entre el 85 y 90 % de los indi-

viduos afectados en países desarrollados. Cuba exhibe indicadores de éxito a este nivel en el tratamiento, y con la organización y conocimiento de los médicos generales integrales de este problema, pueden ser superiores, porque el éxito, no solo de preservar la vida, sino también la visión están muy relacionados con el diagnóstico temprano.

En el fondo de ojo de los niños afectados puede aparecer un solo tumor o varios tumores, en un solo ojo, varios tumores en ambos ojos. El diagnóstico puede hacerse desde el nacimiento o antes del primer año de vida. Generalmente, cuando son varios tumores en un ojo antes del primer año de vida, aparecen también varios tumores en el otro ojo en esta misma etapa y entonces se habla de Rb bilateral (RbB). Mientras que a veces se diagnostica un tumor en un solo ojo después o en etapas cercanas al año de vida y entonces de le denomina Rb unilateral (RbU).

El RbB presenta una herencia autosómica dominante con penetrancia reducida de la mutación y expresividad variable, esto significa que cuando el diagnóstico se produce al nacimiento o en los 12 primeros meses de vida, aún cuando se presente de forma unilateral puede tratarse de una variación de la expresividad sobre todo si uno de los padres es un individuo ciego por esta causa.

Desde el punto de vista genético y bioquímico esto tiene una explicación relacionada con los mecanismos de regulación del ciclo celular.

Las mutaciones genéticas que producen este tipo de tumor, se deben a mutaciones en el gen, denominado RB1, que se encuentra en el cromosoma 13 región q14. Este gen codifica para una proteína que tiene función especial en el ciclo celular y que determina el control del progreso del ciclo de la célula para entrar en mitosis. A este grupo de proteínas se les conoce como proteínas supresoras tumorales porque sus funciones se han identificado en el curso de estudios en ciclos celulares de células cancerosas. Las personas que presentan una mutación de este gen RB1 en uno de sus dos cromosomas 13 es heterocigótica para esta mutación (RB1+ / RB-) y a su vez todas sus células somáticas son vulnerable a una segunda mutación, por la cual ambos cromosomas de esa célula somática pierden la posibilidad de codificar la proteína Rb funcional para regular el ciclo celular de esa célula somática. Las células de la retina (retinoblastos) son altamente susceptibles a la acción ambiental y, en consecuencia, agentes como radiaciones ionizantes pueden hacer diana en los cromosomas 13 de varias de esas células somáticas heterocigóticas que pierden esta condición genética y, por tanto, no hay

función de la proteína Rb, desarrollándose los tumores que caracterizan a este tipo de Rb por falta del control de la división celular.

Este fenómeno explica que aspectos clínicos, tales como diagnóstico del tumor antes de los 12 primeros meses de vida, así como la presencia de varios tumores en uno o en ambos ojos, sean indicadores del tipo hereditarios. Se trata entonces de una predisposición genética autosómica dominante al cáncer ya que, para que el tumor haga su aparición se requiere la pérdida de heterocigocidad de una célula somática que se convierte entonces es homocigótica para esa mutación. Al tener el individuo una mutación de origen germinal todas sus células somáticas ya tiene una primera mutación. Este fenómeno de doble mutación se conoce como teoría de “doble golpe mutacional” que determina la pérdida de heterocigocidad (en inglés *loss of heterozygosity* LOH).

La variación en la expresividad se corresponde con la probabilidad de LOH en las células de la retina de solo un ojo y la penetrancia reducida a que un individuo aunque tenga la primera mutación puede que no presente LOH nunca en ninguna de sus células somáticas de la retina por un segundo golpe mutacional.

Por otra parte la formación del tumor, en los niños que presentan RbU de forma esporádica no hereditario, después del segundo año de vida y un solo tumor en la retina del ojo afectado, se explica por doble golpe mutacional en las células somáticas de la retina. Un primer golpe mutacional pudo haber logrado en el curso del primer año de vida, que una célula o varias células somáticas se conviertan en heterocigóticas, pero se requiere de un segundo golpe y posterior pérdida de heterocigocidad de estas células para que se produzca la expresión de un tumor. Este evento en doble dosis en más de una célula somática es menos probable, de ahí su carácter monocular y de un solo tumor.

El éxito del tratamiento está en el diagnóstico temprano. Las personas afectadas por la forma autosómica dominante ahora llegan a la edad reproductiva con mayor frecuencia, por lo que si la pareja en la que hay un miembro afectado, decide tener hijos, estos tendrán un 50 % de probabilidad de que hayan heredado la predisposición a este tipo de cáncer, por lo que ese niño debe ser examinado minuciosamente por un oftalmólogo cada cierto tiempo hasta que pase su riesgo de una segunda mutación o permitiendo la detección del tumor o de los tumores cuando el tratamiento aun no necesita ser tan dramático y se pueda incluso preservar no solo el ojo sino también su visión.

En ausencia o en presencia de antecedentes familiares, el especialista en MGI debe estar atento en la atención

primaria de salud a las consultas por la inquietud de padres y familiares debido a la presencia de reflejo especial en uno o los dos ojos del niño (leucocoria), referido como ojos de gato o como un cristalito o como pupilas blancas. También cuando los padres o familiares del niño o el propio médico, detecten estrabismo, ya que cuando el tumor se desarrolla en la región de la retina que afecta la mácula, el niño pierde visión y ese ojo se desvía y aparece estrabismo.

A las personas detectadas con este riesgo genético se les debe sugerir o recomendar, que consulten al servicio de Genética Clínica o de Asesoramiento Genético. El conocimiento molecular de este gen permite la caracterización de sus mutaciones y, a su vez, la posibilidad de ofrecer diagnóstico prenatal y presintomático.

Discapacidades auditivas

Al igual que el órgano de la visión, el auditivo es de alta sensibilidad y complejo desarrollo. Sin embargo, sus anomalías si no afectan las estructuras externas puede que sean detectadas más tardíamente que las visuales.

El estímulo sonoro se estudia de acuerdo con la intensidad de sonido en decibeles (dB) y la frecuencia del mismo en hertzios (Hz). El umbral auditivo normal (acusia) presenta una percepción de 250 a 8 000 Hz e intensidades de 20 o menos dB. Fuera de estos límites debe considerarse el término hipoacusia y la pérdida total de la audición (anacusia) y ambas se incluyen en el concepto de sordera.

Como el diagnóstico en los casos de gradaciones de hipoacusia pasan inadvertidos es muy difícil determinar su prevalencia pero se ha estimado que la sordera de origen genético tiene una prevalencia de 1/650 a 1/2 000.

Las sorderas se clasifican:

Por su edad de inicio:

- Congénitas (prelingüísticas).
- Tempranas (prelingüísticas y poslingüísticas).
- Tardías.

Por los resultados de la audiometría:

- Leves (hasta 40 dB).
- Moderadas (hasta 60 dB).
- Graves (hasta 80 dB).
- Profundas (más de 80 dB).

Por el defecto funcional:

- Perceptivas:
 - Neurales: daños directos del VIII par craneal.
 - Sensorial: daño de estructuras sensoriales de la cóclea.

- Sensorineural: daño de la cóclea hacia centros nerviosos centrales.
- Conductivas:
 - Del oído medio.
 - Del oído externo.
- Mixtas: daños conductivos asociados a neurosensoriales.

También de acuerdo con su evolución, pueden ser estáticas o progresivas. Desde el punto de vista etiológico pueden ser clasificadas en prenatales, perinatales y posnatales, mientras las dos últimas son siempre ambientales, la primera puede ser genética o ambiental. Sin embargo, cuando se excluyen sorderas prenatales ambientales por acción de agentes teratógenos conocidos, las de origen genético suelen clasificarse en sorderas sindrómicas y no sindrómicas, quedando el término de criptogénicas para cuando no es posible precisar factores genéticos o ambientales para explicar su origen.

Las sorderas sindrómicas aparecen formando parte de un síndrome específico y por su evolución pueden ser estáticas o progresivas.

Los más de 150 síndromes descritos que presentan compromiso de la audición en grado de sorderas pueden ser analizados de acuerdo con otros órganos o sistemas involucrados:

- Con alteraciones del oído externo.
- Con patología ocular.
- Con alteraciones músculo esqueléticas.
- Con defectos de piel y anexos.
- Con enfermedad renal.
- Con defectos metabólicos.

Las sorderas no sindrómicas solamente presentan alteraciones audiológicas y representan los 2/3 de los pacientes con sordera genética.

Del 60 % al 70 % se deben a herencias autosómicas recesivas en las cuales el individuo afectado es homocigótico; el 30 % son autosómicas dominantes y el individuo afectado es heterocigótico; el 2 % tiene una herencia ligada al cromosoma X en la cual el varón afectado es hemocigótico. También existe la sordera por mutaciones en el ADN mitocondrial con herencia materna, a la cual se ha hecho referencia al explicar la susceptibilidad genética ambiental.

De ellas son las sorderas recesivas sensorineurales congénitas graves las más frecuentes (30 %), pero a su vez son muy heterogéneas. Se estima que existen de 12 a 45 genes diferentes cuyas mutaciones en estado homocigótico se expresan con ese fenotipo.

Le sigue en frecuencia la sordera dominante progresiva de tonos altos (6 a 7 %) que es autosómica dominante, pero su edad de inicio, progreso y severidad varían incluso dentro de una misma familia.

Ya se conocen muchos de las mutaciones que producen sorderas no sindrómicas, lo que permite una mejor atención médica y genética, los datos que a continuación se relacionan, varían constantemente ya que las investigaciones genéticas en familias afectadas con este tipo de sorderas permiten el descubrimiento de nuevas mutaciones, no solo para los alelos ya conocidos, sino para la identificación de nuevos genes que codifican proteínas que participan de algún modo en este complejo sistema sensorial. Se conocen en herencias:

- Autosómica dominante (17 cromosomas involucrados, más de 11 genes conocidos).
- Autosómica recesiva (18 cromosomas involucrados, cuatro genes conocidos).
- Recesiva ligada al cromosoma X (8 regiones involucradas, al menos dos genes conocidos).
- Herencia mitocondrial (al menos cuatro mutaciones conocidas, entre ellas la A1555G que presenta susceptibilidad a aminoglucósidos).

Los avances en el conocimiento genético de las sorderas ha sido de gran importancia no solo en su impacto preventivo, sino en la evaluación de su pronóstico y valoración de tratamientos especiales como es el caso de los implantes cocleares.

Discapacidades motoras

Las discapacidades motoras sin retraso mental por su etiología pueden ser clasificadas en genéticas y ambientales. En estos casos los defectos ambientales posnatales son identificados fácilmente por la historia del agente agresor.

Por tanto se analizarán los factores prenatales ambientales y genéticos.

Para la organización de su estudio, ya que suman una gran cantidad de enfermedades genéticas y defectos congénitos, se basará la observación en el carácter estático o progresivo de la discapacidad.

Discapacidades motoras no progresivas por defectos congénitos de las extremidades

Se caracterizan por defectos de reducción de extremidades y contracturas articulares de forma independientes o ambos defectos simultáneamente o por defectos óseos en el curso de disostosis óseas (afectación anatómica congénita de desarrollo de uno o varios huesos) o displasias que afectan a toda la estructura ósea dando lugar a un gran número de síndromes.

Por su etiología la reducción de extremidades y contracturas articulares pueden ser agrupadas en:

No genéticas. En este grupo están comprendidos defectos congénitos debidos a factores vasculares, disruptivos y deformativos, además de teratógenos como la talidomida, que afectan la anatomía y función de las extremidades. Las causas prenatales ambientales son generalmente, por su naturaleza, otras interferencias ambientales prenatales que se expresan de acuerdo con el momento del desarrollo como elementos disruptivos en la embriogénesis y que pueden resultar en defectos severos y complejos en correspondencia con la severidad de anormalidad de fenómenos de angiogénesis o más tardíamente, afectando el crecimiento normal y asimétrico de estructuras óseas y musculares que incluyen estructuras vasculares necesarias para el desarrollo y crecimiento normales. El antecedente de madre diabética es común en estos casos.

Fuerzas mecánicas que comprimen estructuras vasculares importantes o la acción directa de bridas amnióticas producen severas anormalidades de las extremidades que van desde regresión de partes de manos y pies, dedos o regiones más extensas, hasta amputaciones de estas estructuras o de extremidades completas (hemimelias .transversas).

También las fuerzas mecánicas en estadios fetales producidas por las paredes uterinas en casos con defectos de líquido amniótico o fibromas o gemelares pueden producir contracturas congénitas de extremidades, luxaciones por defectos de motilidad fetal que, a veces, no pueden ser reducidas a la normalidad después del nacimiento y deja al individuo limitado físicamente.

Genéticas

Disostosis: afecta extremidades superiores, inferiores o ambos, incluyendo anormalidades esqueléticas que involucran a toda la columna vertebral o regiones de esta.

Displasias óseas: son un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas que involucran al esqueleto y originan anormalidades de forma, tamaño de extremidades, columna vertebral y cráneo.

Más específicamente las osteocondrodisplasias se dividen en:

- Defectos de crecimiento de huesos tubulares y/o de la columna vertebral conocidas también como condrodisplasias. El síndrome más conocido es la acondroplasia.
- Desarrollo desorganizado del cartílago y componentes fibrosos del esqueleto.
- Anormalidades de la densidad ósea como la osteogénesis imperfecta.

Acondroplasia: dentro de las osteocondrodisplasias la acondroplasia es la baja talla desproporcionada más frecuente, aproximadamente 1 en 15 000 de la población general.

Afecta tanto a hombres como a mujeres tienen una herencia autosómica dominante, pero el 90 % de los casos se deben a nuevas mutaciones. Las nuevas mutaciones se han relacionado con la edad paterna avanzada. Existe documentación de mosaicismo gonadal, cuando los padres no se encuentran afectados se estima un riesgo de repetición o de recurrencia del 0,2 %.

El gen está clonado localizado en 4p 16,3 y codifica una proteína denominada receptor de factor de crecimiento fibroblástico 3 (FGFR3). La mutación más frecuente es un simple cambio de una base por otra y el consecuente cambio de aminoácido en la secuencia de aminoácidos de la parte de la proteína que se encuentra en la membrana citoplasmática.

El fenotipo es característico desde el nacimiento, se trata de una baja talla de comienzo prenatal y es posible por estudios de ultrasonografía fetal hacer el diagnóstico antes del nacimiento, fundamentalmente por desproporción entre el perímetro cefálico y la longitud del fémur.

Al nacimiento se aprecia una notable desproporción entre el tamaño de la cabeza el tronco y las extremidades. Tienen características dimórficas cráneo-faciales, el cráneo es grande, la frente es prominente, la raíz y puente nasal muy deprimidos y también se aprecia hipoplasia del tercio medio facial. Las manos son de dedos muy cortos con un dimorfismo característico que recuerda un tridente (dedos en tridente).

Hay defectos característicos en los estudios radiológicos:

- El cráneo es grande, con base corta y el foramen magno es muy pequeño.
- A nivel de columna vertebral, se observan anormalidades de los cuerpos vertebrales, en especial de las distancias interpediculares, que se estrechan progresivamente hacia la región lumbo-sacra, contrariamente a lo que ocurre en la anatomía normal de la columna vertebral a esos niveles.
- Los huesos tubulares son cortos especialmente el húmero, la pelvis es característica y pequeña y hay cambios radiológicos a medida que progresa la edad.

Ocasionalmente pueden aparecer después del nacimiento hidrocefalia, compresiones medulares y de las raíces nerviosas, así como hipertensión pulmonar.

No se caracteriza esta enfermedad genética por retraso mental, en caso de existir pudiera estar en correspondencia con otras causas como daños perinatales coincidentes.

Las mujeres afectadas tienen, además del riesgo de recurrencia por su carácter hereditario (50 % de probabilidad de transmitir la mutación a su descendencia), riesgo en el parto por la constitución pequeña de su pelvis.

El diagnóstico prenatal es posible en el primer trimestre del embarazo por análisis molecular de la mutación, pero esto solamente es posible, cuando el feto tiene riesgo de haber heredado la mutación previamente conocida de uno de sus padres, de no poderse tomar muestra de células fetales, existe la posibilidad de realizar más allá del primer trimestre el diagnóstico por ultrasonografía. En la pesquisa ultrasonográfica buscando defectos congénitos, también es posible la detección de este síndrome por nueva mutación, principalmente si se tienen en cuenta la edad paterna, ya que se sabe que la edad paterna avanzada puede ser la causa de las nuevas mutaciones monogénicas (véase capítulo 47 “Detección de riesgo genético preconcepcional”).

Discapacidades motoras por enfermedades genéticas progresivas

Hasta ahora se ha referido a los defectos motores congénitos por deformidades, disrupciones o malformaciones.

Sin embargo, hay muchas enfermedades genéticas que por su carácter degenerativo no son evidentes al nacimiento y comienzan a manifestarse en diferentes estadios posnatales que se extienden desde el primer año hasta la adultez.

Enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares y metabólicas pueden comenzar a manifestarse por incoordinaciones motoras, pérdida de la fuerza muscular o retraso y defectos del desarrollo óseo y producir progresivamente solo discapacidades motoras por periodos evolutivos más o menos largos, lentos e inexorables.

Estas enfermedades genéticas se deben a mutaciones monogénicas que se manifiestan con herencias autosómicas dominantes, recesivas, ligadas al cromosoma X y mitocondriales.

Los síndromes neurodegenerativos, aunque pueden comenzar con trastornos motores, generalmente al progresar se acompañan de otros síntomas neurológicos, ejemplo de ellos son las heredoataxias dentro de las cuales es frecuente en Cuba la espinocerebelar tipo 2, la mutación afecta al gen SCA 2, que se encuentra localizado en el cromosoma 12q24.1 y codifica una proteína denominada ataxina-2, se trata de una mutación inestable por repeticiones del triplete GAG de una región codificable del gen. En el gen normal las repeticiones GAG se encuentran en un rango de 15 a 31 (alelo normal) el rango de repeticiones del alelo mutado se encuentra entre las

36 a 63 alcanzando hasta 200 repeticiones dando lugar a una proteína anormal. El número de repeticiones se corresponde con un fenotipo más severamente afectado y de comienzo más temprano, la herencia es autosómica dominante y cuando el individuo logra sobrepasar la edad reproductiva y decide descendencia, el 50 % de esta puede haber heredado el gen.

Otros defectos motores de esta categoría son: la adrenoleucodistrofia de herencia recesiva ligada al X, las paraplejas espásticas que pueden presentar diversos tipos de herencia, la corea de Huntington, de herencia autosómica dominante.

Los síndromes neuromusculares son muy impactantes pues se presentan a veces desde la primera infancia y el niño y la familia sufren mucho durante la historia natural de la enfermedad.

Distrofias musculares

Con propósitos prácticos se incluye en el término distrofias musculares, un grupo de enfermedades hereditarias que se caracterizan por debilidad y deterioro muscular progresivo, con cambios histológicos característicos del tejido muscular (necrosis de la fibra, fagocitosis, ocupando su lugar tejido conectivo y grasa) y sin evidencias clínicas o de laboratorio de otros trastornos del cordón espinal, nervios periféricos o miotonía.

Las distrofias musculares varían considerablemente en la edad de comienzo de sus síntomas y signos, así como en la distribución de los músculos afectados, en un extremo se observan formas congénitas, rápidamente progresivas que evolucionan en poco tiempo hacia la muerte, en tanto que hay otro extremo como la distrofia muscular ocular, que comienza en la vida adulta y que afecta solamente a los músculos extraoculares, y que puede producir al afectado inconveniencias menores.

No es propósito de este capítulo ofrecer grandes clasificaciones, pero como conocimiento general hay una clasificación clínico-genética de las distrofias musculares donde se destacan tres grandes grupos:

- Distrofias musculares de herencia recesiva ligada al cromosoma X, donde se destacan las distrofias musculares Duchenne y Becker.
- Distrofias musculares de herencia autosómica recesiva, son formas severas congénitas rápidamente progresivas y lentamente progresivas, formas infantiles, del adulto de la cintura escápulo-humeral y de los cuádriceps.
- Distrofias musculares autosómicas dominantes, como la facio-escápulo-humeral, la escápulo-peroneal, formas proximales y distales de comienzo en el niño y en el adulto, la forma ocular y formas oculofaríngeas.

Por su importancia y por tratarse de las formas más ampliamente distribuidas en el estudio de discapacitados realizado en Cuba se dedican algunos párrafos a la genética de las distrofias Duchenne y Becker.

En los años 1987 y 1988 se logra secuenciar el gen cuya mutación produce la distrofia muscular Duchenne (DMD) y, al propio tiempo, se identifica la estructura de la proteína que codifica este gen y que se nombra distrofina. Ahora se conoce que el gen de la distrofina tiene algo más de 2400 kb con 70 exones y tiene su locus en Xp21. Este gen se caracteriza por presentar heterogeneidad genética alélica que determina dos tipos de distrofia muscular con diferente severidad clínica: la distrofia muscular Duchenne (DMD), que presenta ausencia virtual de distrofina en estudios inmunohistoquímicos y la distrofia muscular Becker, en la que la distrofina anormal existe virtualmente, ambas formas se caracterizan por mutaciones en diferentes exones del tipo de mutaciones puntuales, deleciones de varias bases o incluso de exones completos, duplicaciones de varias bases o segmentos de exones. En todos los casos es posible realizar la caracterización de la mutación. Hay zonas del gen que son más sensibles a presentar mutaciones dentro de su estructura.

Las manifestaciones neuromusculares son similares en las dos mutaciones DMD y DMB. Ambas distrofias se caracterizan por debilidad muscular.

En la DMD las madres refieren voluntariamente, que los hijos afectados fueron hipotónicos desde el nacimiento, otras notan que los niños se tardaron en caminar y que lo lograron alrededor de los 18 meses, en otras ocasiones los primeros síntomas que refieren los padres son la observación de que sus hijos afectados nunca fueron capaces de correr, que caminaban con una marcha inestable con caídas frecuentes y dificultad para ponerse de pie. También a los padres les llama la atención que a pesar de lo referido, son niños fuertes de músculos gruesos. Los niños para ponerse de pie ejecutan una maniobra denominada signo Gowers que consiste en rectar sobre sus propias piernas. Logra elevar sus caderas desde el suelo pero, para finalmente ponerse erguido, necesita ir subiendo sus manos sobre los tobillos, las piernas y las rodillas para, finalmente, lograr ponerse de pie. La debilidad muscular y la lordosis lumbar son progresivas, hay una pseudohipertrofia de los músculos, en especial de los gemelos, el niño finalmente es confinado a una silla de ruedas. Se hacen aparentes otras deformidades como consecuencia de contracturas de las articulaciones. La debilidad muscular progresiva afecta a los músculos intercostales esto da lugar a la reducción de la capacidad respiratoria, también el músculo cardíaco

se afecta y ocasiona muerte súbita. Aunque estas son las consecuencias resultantes de la anomalía de la distrofina y están en relación con el efecto pleiotrópico de la mutación, existen variaciones en la evolución de la historia natural de la enfermedad dentro de familias con mutaciones para la DMD diferentes, esto significa que existe heterogeneidad genética alélica dentro de las mutaciones del gen que se expresan como DMD.

Las manifestaciones clínicas de la DMB son similares, pero existen variaciones en el comienzo de la enfermedad y en la severidad y la historia progresiva de la misma. Como resultado de la ruptura de las células musculares el paciente presenta cantidades muy elevadas de creatin fosfoquinasa (CPK) en el suero, especialmente en las etapas tempranas del progreso de la enfermedad, las diferencias de este indicador entre las dos formas alélicas, (DMD y DMB) de la mutación del gen de la distrofina, radican en que en la DMD los niveles de CPK son muy elevados entre el primer y sexto años de vida, incluso cuando aun los síntomas no son tan aparentes, para después evidenciarse una declinación de estos niveles en el orden de 0,18 unidades por año, mientras que en la DMB los niveles de CPK se hacen máximos entre los 10 y 15 años de edad y declinan posteriormente a razón de 0,06 unidades por años.

Los niños y jóvenes discapacitados por estos tipos de enfermedades genéticas sufren mucho y los padres y familiares buscan recursos médicos en varias unidades de atención como una respuesta a la no aceptación de que su hijo no tenga cura, para finalmente aceptar esta dramática situación, es por eso que el apoyo del médico general integral a estos enfermos y a sus familiares es fundamental. Los pacientes afectados deben sentir el esfuerzo dirigido a lograr prolongar sus posibilidades motoras y en su atención tener en cuenta:

- Prolongar la ambulación para esto se controla el peso, se realizan ejercicios activos o pasivos, los ejercicios activos no dañan si se realizan de forma adecuada bajo la dirección de fisioterapeutas, los ejercicios pasivos están dirigidos a disminuir las contracturas de las articulaciones.
- Pueden realizarse tenotomías o prolongar tanto como sea posible el uso de ortosis.

Con estas medidas puede realizarse prevención de las deformidades y, finalmente, preservar la función respiratoria y tratamientos oportunos y adecuados para las frecuentes infecciones respiratorias.

Es importante un chequeo evolutivo de las funciones cardíacas y tratamientos que se consideren por el cardiólogo, a fin de preservar con calidad, lo más posible la vida del afectado.

Mantener al afectado en talleres de música, pintura, lectura y otras formas de distracciones de acuerdo con la severidad progresiva de la enfermedad, que le proporcionen placer y hagan su limitada vida más agradable.

El apoyo a estos enfermos y a sus familiares debe ser multidisciplinario y en este equipo es fundamental la presencia de un asesor genético quien está preparado para aplicar los fundamentos técnicos del asesoramiento genético en los tres niveles de prevención. Por otra parte, el conocimiento sobre las bases moleculares de la enfermedad puede propiciar el descubrimiento de nuevos tratamientos para lo cual debe buscarse apoyo constante de actualización en los servicios de Genética Clínica y Neuropediatria.

Defectos motores progresivos por enfermedades heredometabólicas

Dentro de los síndromes metabólicos uno que se caracteriza porque cursa sin retraso mental y produce severa discapacidad motora es el síndrome Morquio, defecto metabólico lisosomal de los mucopolisacáridos (MPS), específicamente el tipo IV, de comienzo posnatal de herencia autosómica recesiva.

Existen dos tipos: MPS IVA por deficiencia de la enzima lisosomal N-acetilgalactosamina-6-sulfatasa por mutaciones del gen de esta enzima localizado en 16q24.3 y el tipo IVB deficiencia de β -galactosidasa, por mutaciones del gen localizado en 3p21.33.

Estos pacientes son testigos de su propio deterioro físico y pueden, no solo padecer de discapacidades motoras, sino también presentan opacidades corneales que limitan su visión y discapacidades auditivas progresivas. Las personas afectadas son niños normales al nacimiento que comienzan a tener las primeras manifestaciones de la enfermedad después del primer año de vida y antes de los tres años por deficiencias del crecimiento. Alcanzan una talla final de 82 a 115 cm. Las manifestaciones esqueléticas se caracterizan por severas alteraciones en la morfología de las vértebras (platispondilia), cuello muy corto, cifoescoliosis, *pectus carinatum* y de los huesos largos con alteraciones importantes de metafisis y de epifisis. Padecen de hernias y de infecciones respiratorias frecuentes. Las complicaciones cardiovasculares son de comienzo tardío y se caracterizan por regurgitación aórtica.

Estos pacientes y sus familias necesitan mucho apoyo en el nivel de prevención secundaria y especialmente en el nivel de prevención terciaria para lograr una calidad de vida que les permita su inserción en la sociedad.

Genodermatosis

El término genodermatosis se emplea para referirse a enfermedades genéticas que se expresan en la piel, mucosas y sus anexos.

Generalidades y tipos

Por su complejidad y consecuencias en la vida de las personas afectadas, estas enfermedades aunque no siempre se presentan como una discapacidad de las ya tratadas, afectan notablemente al individuo a su familia y dificultan su integración social.

El conocimiento sobre los genes cuyas mutaciones causan estas enfermedades genéticas de la piel, ofrece nuevas oportunidades de la aplicación de tratamientos y modos de vida, a través de los cuales se logra cambiar o modificar la expresión génica anormal.

Como la generalidad de las enfermedades genéticas son epidemiológicamente consideradas raras. Se agrupan para su estudio en anormalidades de:

- Pigmentación.
- Queratinización.
- Adhesividad.
- Grupo de displasias ectodérmicas.

Las genodermatosis pueden observarse como fenómenos relacionados con las estructuras bioquímicas, celulares, histológicas o anatómicas como una consecuencia de mutaciones específicas, sin embargo existen un gran número de síndromes genéticos que por su complejidad y efecto pleiotrópico de las mutaciones que los originan involucran también a este importante órgano.

Se abordan en este capítulo solamente defectos primarios de la pigmentación, queratinización, adhesividad y, de forma especial, a las displasias ectodérmicas, con la intención de ofrecer un panorama de algunas de las genodermatosis que suelen ser más frecuentes.

Anormalidades de pigmentación

No es posible referirse a estos defectos sin recordar que el proceso de pigmentación se conoce como melanogénesis, que es muy complejo y que las células protagónicas reciben el nombre de melanocitos. En esta célula se expresan los genes involucrados en las vías metabólicas que producen el pigmento melanina, que a su vez, se encuentra depositado en forma de gránulos en una estructura citoplasmática denominada melanosoma. La melanina da color a la piel, el pelo y a los ojos.

Tiene importantes funciones:

- Cosmética (participa en la atracción sexual dentro de las especies).
- Protectora (barrera contra radiaciones ionizantes en especial la luz ultravioleta).
- Eliminador potencial de radicales libres.
- En procesos del desarrollo de estructuras neurológicas y ópticas.

El defecto de pigmentación más frecuente en el humano es el albinismo.

Se ha avanzado bastante en el conocimiento de los genes involucrados en la biosíntesis de la melanina. Ya han sido detectadas 7 mutaciones en 7 loci que se expresan por diferentes gradaciones de pigmentación que involucran a la piel el cabello y los ojos.

Su heterogeneidad clínica se ha puesto de manifiesto históricamente y el albinismo ha recibido diferentes denominaciones: parcial, incompleto, perfecto o completo. Por estar involucradas las estructuras pigmentarias del ojo se le denomina albinismo óculo-cutáneo y se conoce con sus iniciales en el idioma inglés, OCA.

El conocimiento de las mutaciones referidas ha permitido identificar su heterogeneidad genética no alélica o de locus y definir tres tipos que reciben el nombre de albinismo óculo-cutáneo 1, 2 y 3 (OCA1, OCA2 y OCA3).

El OCA1 se debe a mutaciones del gen que codifica la proteína con función de enzima tirosinasa. Este es el albinismo clásico que no amenaza las esperanzas de vida y que se caracteriza porque las personas afectadas tienen el pelo y la piel blancos y los ojos azules. Ya se conoce que tiene heterogeneidad genética alélica: El OCA 1 A el clásico o perfecto, se debe a insuficiencia total de la enzima tirosinasa, el OCA 1 B, y en el cual hay actividad enzimática parcial.

El OCA 2, reconocido antiguamente por tirosinasa positivo presenta la piel blanca, pero el pelo es amarillo y tiene zonas de piel expuesta al sol algo pigmentada y aparecen nevus pigmentados pecas y lentígenes y que su defecto genético no está relacionado con la enzima tirosinasa.

El OCA 3 está menos delineado y se ha reportado más en Sudáfrica.

Hay dos tipos de albinismo limitado al ojo y denominados albinismo ocular (OA) en estos pacientes no hay aparentes alteraciones del color de la piel y del cabello, pero los defectos genéticos de pigmentación si se expresan severamente en el ojo. El más frecuente de estos es una forma ligada al cromosoma X recesiva. Las mujeres portadoras pueden tener algunas evidencias de su estado de portadoras, en el fondo de ojo.

En las personas albinas las alteraciones se limitan a la piel hipopigmentada altamente fotosensible especialmente susceptible a edad temprana a presentar queratosis actínica, elastosis y atrofia epidérmica que pueden evolucionar al desarrollo de carcinoma espino-celular y a baja visión, nistagmos y fotofobia. No hay disfunciones neurológicas como el retraso mental o del neurodesarrollo a menos que se observen trastornos de hipopigmentación, por otros defectos metabólicos como la fenilcetonuria o el síndrome Prader Willi, que se expresan con retraso mental.

En la atención médica al paciente albino debe tenerse en cuenta:

- Diagnóstico certero (intercambio con dermatólogo y genetista clínico).
- Cuidados de la piel: cremas protectoras de radiaciones ultravioletas (factor 30), ropas protectoras y uso de cabello largo. Evitar exposición solar en los horarios del día en que el sol es más intenso.
- Cuidados oftalmológicos: corrección de los defectos refractivos que padecen y caracterizar sus defectos visuales para propiciar elementos de apoyo en las funciones educativas en escolares. Recomendar el uso de espejuelos protectores del sol para reducir la fotosensibilidad.

Anormalidades de la queratinización

En este tipo de defecto genético de la piel se destaca la ictiosis, palabra derivada del griego que significa “pescado”.

Se trata de un defecto que se expresa a nivel del estrato córneo de la piel y parece tratarse de retenciones de las láminas de queratina que dan lugar a la hiperqueratosis.

Hay cuatro tipos bien delineados según sus características clínicas y tipos de herencias.

Existen delineados y agrupados por su apariencia clínica, edad de comienzo de las lesiones y herencia, cuatro tipos de hiperqueratosis:

- Ictiosis vulgaris: de comienzo después de los tres meses de vida y durante la infancia, de herencia autosómica dominante.
- Ictiosis recesiva ligada al cromosoma X, comienzo desde el nacimiento o en el curso de los tres primeros meses de vida.
- Ictiosis congénita o eritroderma ictosiforme. Presente al nacimiento. Se acompaña de ectropion prematuro y de hiperqueratosis palmo-plantar. Se hereda de forma autonómico recesiva.
- Hiperqueratosis epidermolítica, también presente desde el nacimiento. Se caracteriza por escamas toscas y verrucosas presentes en arcos de flexión y puede

tener bulas. La piel se parte e infecta y los pacientes presentan mal olor.

Además de estos tipos se describen las formas de comienzo prenatal:

- El bebé en colidón y el bebé en arlequín.
- Otras formas más o menos severas forman parte de síndromes que presentan otros órganos y sistemas afectados.

Por su importancia se amplían aspectos clínicos y genéticos sobre las *ictiosis vulgaris* y la recesiva ligada al cromosoma X.

Ictiosis vulgaris. Es la más común, comprende cerca del 95 % de todos los tipos, las escamas son finas y ligeras, respetan regiones de flexión, pero las superficies de extensión se encuentran severamente involucradas, las lesiones además aumentan los pliegues palmares y plantares, existe hiperqueratosis folicular especialmente en los brazos. Las lesiones empeoran en las estaciones frías y secas, en el tiempo caluroso y húmedo mejoran tanto que suelen desaparecer.

La aparición de eczemas es el problema mayor, a veces del tipo herpético y son muy susceptibles a infecciones por hongos de las uñas.

Esta genodermatosis no aparece al nacimiento, sino hacia los tres primeros meses de vida.

La mejoría que estos pacientes presentan en climas de temperatura cálida y humedad, se han tenido en cuenta para sugerir que las uniones entre las células queratinizadas que impiden la descamación, disminuyen con la hidratación, por lo que aplicaciones de cremas hidratantes y conservar la piel húmeda son la base de la terapéutica en este tipo de ictiosis.

Ictiosis recesiva ligada al cromosoma X. Afecta aproximadamente a 1 de cada 6000 varones. En el 17 % de las observaciones, se presenta al nacer y en el 80 % los primeros signos se hacen evidentes alrededor de los 3 meses. Siempre aparece antes del primer año de edad.

Las superficies extensoras están severamente afectadas, también se encuentran involucradas las regiones laterales de la cara, el cuello y el cuero cabelludo.

Las palmas y plantas no están afectadas. No se observa queratosis pilosa. Las escamas son grandes, gruesas adherentes y oscuras, dando la apariencia de suciedad. Las córneas suelen estar involucradas a modo de opacidades. Las mujeres portadoras de la mutación pueden tener opacidades corneales que aparecen hacia la adolescencia, por lo que el examen ocular realizado bajo lámpara de hendidura puede ser valioso para su identificación como heterocigótica y proporcionar elementos para el enfoque del asesoramiento genético.

Se ha demostrado que este defecto se debe a la deficiencia de la enzima sulfatasa esteroidea, el locus de este gen está en la región Xp22.3 pter y las mutaciones más frecuente son las deleciones de segmentos del gen o de la región que involucra su locus.

Su tratamiento es similar al de la *ictiosis vulgaris*.

Estos tipos de ictiosis pueden variar en cuanto a su prevalencia por regiones donde se encuentren familias numerosas con muchos miembros afectados. No producen grandes limitaciones aunque está en muchos casos afectada la visión, según la expresividad inter e intrafamiliar. Los afectados requieren de atención dermatológica y psicológica sobre todo en los escolares y adolescentes ya que se sienten diferentes.

Epidermólisis bullosa (EB). Constituye un heterogéneo grupo dentro de las genodermatosis y puede ser de tipo hereditario o adquirido por autoinmunidad este último seguido de estados de estrés o de traumas.

Se clasifican en tres grandes grupos y cada uno de ellos tiene diferentes expresiones clínicas, según la variedad de proteínas y genes involucrados.

Para comprender su clasificación el lector debe revisar la histología de la piel. A grandes rasgos recordemos que está formada por capas celulares, la más superficial, la córnea, cubre la media, que es la epidermis, la cual descansa sobre la dermis.

Entre epidermis y dermis hay una estructura dérmica llamada lámina basal sobre la que descansan las células germinales que proliferan continuamente remplazando a las células envejecidas de la epidermis, que finalmente se convierten en células cornificadas que se descaman y cuyos defectos genéticos se corresponden con las ictiosis.

Atendiendo a esto, las células germinales de la piel, además de todos los organelos característicos de cualquier célula, forman estructuras denominadas desmosomas que son de dos tipos, según se trate de mantener unidas las células germinales vecinas o de mantener unidas estas células a la lámina basal de unión epidermis-dermis. Estos desmosomas son proteínas que están codificadas por genes. Se puede, entonces, comprender que las epidermólisis bullosas son la expresión de defectos de genes que producen proteínas involucradas en mantener las características estructurales y de protección de la piel.

Se define un tipo intraepidérmico y tiene a su vez tres tipos clínicos los cuales se caracterizan porque no producen cicatrices:

- Epidermólisis bullosa simplex.
- Epidermólisis bullosa herpiforme.
- Hiperqueratosis epidermolítica.

Otro tipo, epidermólisis bullosa distrófica, se debe a mutaciones del gen que codifica el colágeno tipo VII involucrado en la unión epidermis –dermis o también puede ser debido a la producción de anticuerpos de esta proteína, mientras que cuando se producen mutaciones específicas de los genes involucrados en la formación de desmosomas que afectan la unión de la membrana plasmática de las células germinales a la lámina basal, se le denomina EB de unión. Estos dos últimos tipos dejan cicatrices y piel atrófica y de ellas la más atrofiante es la EB cicatrizal o EB de unión.

En resumen hay tres grupos de EB:

- Epidermólisis no cicatrizal (no deja huellas).
- Epidermólisis de unión (deja cicatrices).
- Epidermólisis cicatrizal (cicatrices atróficas).

Dentro del primer grupo está la epidermólisis bullosa simplex de herencia autosómica dominante. Se presenta en el primer año de vida o al nacimiento. Las bullas aparecen en plantas, talones, dedos de los pies y de las manos, o donde existan rozaduras. Se originan por mecanismos traumáticos. Las bullas se incrementan en climas calientes. No involucra mucosas. Todas las formas tienen una frecuencia de uno en 20 000 en la población general.

Por las complicaciones que pueden producir deben tener una atención y vigilancia especial y sobre todo de tipo nutricional.

Displasias ectodérmicas. Todas las displasias ectodérmicas parecen tener etiología genética con diferentes tipos de herencia; afectan pelo, uñas, dientes y glándulas sudoríparas solamente, o también constituyen síndromes específicos o afectan otros sistemas como el óseo y el sistema nervioso.

La clasificación clínica actual se basa en combinaciones de las estructuras ectodérmicas dañadas. Se han definido más de 150 condiciones.

El conocimiento molecular de genes responsables abre nuevas enfoques para la clasificación clínica.

Un ejemplo lo constituyen los avances en el tipo de displasia ectodérmica hipohidrótica de herencia recesiva ligada al cromosoma X con la sinonimia de displasia ectodérmica anhidrótica o síndrome de Christ-Seimens-Touraine. Esta es la más común de las displasias ectodérmicas.

Se caracteriza por anomalías en la morfogénesis de los dientes, pelo y glándulas sudoríparas (ausentes o malformadas).

Los varones hemicigóticos para la mutación, padecen de esta displasia. El 20 % causan mortalidad por episodios febriles no reconocidos etiológicamente o tienen

secuelas neurológicas por los episodios de hipertermia. El síndrome no es reconocido comúnmente en el recién nacido. Más adelante se observan dimorfias especiales: frente abombada, cabello muy esparcido, ausencia de cejas y pestañas, depresión del puente nasal, a esto se añade los defectos de la dentición, oligodoncia, dientes cónicos. Se acompaña de hipohidrosis e hipertermia. La piel es fina y susceptible a eczemas hay hiperpigmentación periorbitaria. Las mucosas también están involucradas y padecen de rinitis atrófica.

Las mujeres portadoras pueden tener hipodontia, hipotricosis e hipoplasia bilateral o unilateral de las mamas. La gran variación en la expresividad clínica de las mujeres heterocigóticas se debe al fenómeno de la inactivación del cromosoma X (lyonización).

El gen está clonado se le denomina ED1 y su locus está en Xq12-q13.1 codifica una proteína de 135 aminoácidos con un dominio transmembrana. Esta proteína se expresa en las células epiteliales del desarrollo de la piel y de los folículos pilosos, aunque su papel en la interacción epitelio-mesenquima y subsecuente desarrollo de los dientes pelos y glándulas sudoríparas no ha estado bien definido.

Otra enfermedad genética que se expresa en la piel es el *xeroderma pigmentoso* (XP). El término se refiere a un grupo de defectos relacionados con la reparación del daño que ocasiona la luz ultravioleta en el ADN de los queratocitos. Se trata de mutaciones de genes que codifican proteínas que forman complejos que reparan los dímeros de timina producidos por la luz ultravioleta. Estas mutaciones se transmiten como una herencia autosómica recesiva. Las personas afectadas son especialmente sensibles a la luz solar, y por tanto, especialmente vulnerables al cáncer de piel.

En el primer año de vida se producen eritemas prolongados a la mínima exposición a la luz solar e incluso los bebotes pueden presentar ampollas. La visión también resulta dañada y padecen de fotofobia.

La piel sufre procesos de envejecimiento prematuro se hiperfragmenta se torna seca con la apariencia de la piel de un campesino de 60 años expuesto a la luz solar durante toda su vida.

Los niños desarrollan procesos malignos de la piel y pueden morir de metástasis antes de los 20 años. Los tipos más severos además se acompañan de afectaciones del sistema nervioso central.

Se requiere entonces de rigurosa protección solar y de otras fuentes de luz ultravioleta. Una educación al afectado y sus familiares sobre las características del defecto y de sus riesgos es absolutamente necesaria. El uso de cremas como factores de protección alto (filtros

solares), de ropas que protejan del sol, cabellos largos, gafas oscuras son medidas apropiadas para la prevención de las complicaciones malignas. Debe diseñarse una estrategia de chequeos sistemático con el dermatólogo y el neurólogo. Las regiones más afectadas por cáncer son las expuestas en cara fundamentalmente la piel de la nariz, esto determina mutilaciones y deformidades secundarias al tratamiento de las lesiones cancerosas.

Fallas reproductivas

Bajo esta denominación se tratarán aspectos prácticos relacionados con dos fenómenos frecuentes y que generan ansiedad y continuas consultas médicas: infertilidad y pérdida de embarazos.

Infertilidad

Se define como infertilidad a la ausencia de embarazos cuando ha transcurrido un año de intentos sistemáticos por la pareja.

Se estima que el 40 % de mujeres y hombres pueden ser infértiles y que estos fenómenos en la pareja como tal aparecen en un 20 %.

La infertilidad se debe a procesos tan delicados y en los cuales están involucrados muchos genes cuyas funciones, pueden a su vez, ser diana de un gran número de fenómenos ambientales adversos, que afecten el proceso de fertilidad. Esto explica que con gran frecuencia coincidan tanto factores genéticos como ambientales.

Los factores femeninos que producen infertilidad son:

- Obstrucción de trompas de Falopio.
- Defectos congénitos o adquiridos del útero.
- Adherencias.
- Alteraciones en la ovulación.
- Endometriosis.

En los masculinos los más frecuentes son:

- Disminución de espermatozoides o anormalidades de motilidad y morfogénesis de estos.
- Disfunción testicular.
- Obstrucciones.

Y en ambos sexos, se presentan fenómenos de anormalidades endocrino-metabólicas causantes de enfermedades.

Causas genéticas de infertilidad en la mujer. Se conoce que existen un número de genes involucrados en las funciones del eje hipotálamo-pituitario-gonadal que causan infertilidad, también causan infertilidad mutaciones de genes relacionados con el desarrollo anatómico y funcional de útero, trompas y vagina y con la formación y función de los ovarios y de la ovogénesis.

Aunque no es la única causa de infertilidad en la mujer, la realización de un cariotipo una vez excluidos los factores ambientales, pueden ayudar a determinar la presencia de aberraciones cromosómicas como las inversiones y translaciones, defectos cromosómicos balanceados que son causa si no de infertilidad, al menos de subfertilidad o de pérdidas de embarazos. También pueden diagnosticarse monosomías del X o variantes de síndrome Turner.

Síndrome Turner: causa frecuente de infertilidad de origen genético. La mujer síndrome Turner con cariotipo 45, X como línea celular única, presenta disgenesia ovárica con elevados niveles de hormona folículo estimulante (FSH) y leutinizante (LH) y niveles bajos de estradiol.

Las bases moleculares de la disgenesia gonadal en el síndrome Turner se mantienen desconocidas aunque se sugiere que se debe al carácter hemicigótico de esta aneuploidía y a la expresión de los genes que contiene el único cromosoma X activo. Se supone que las mutaciones de esos genes o la expresión en dosis única de genes (haploinsuficiencia) involucrada en la función ovárica y las deficiencias de crecimiento (baja talla), expliquen las características clínicas más constantes de este síndrome genético.

A partir de etapas prenatales hasta la vida adulta existen varias oportunidades en las que se puede sospechar por el análisis del fenotipo la presencia de un síndrome Turner. En la etapa prenatal se sospecha cuando en el ultrasonido fetal se observa un higroma quístico del cuello, en la etapa neonatal se piensa en este síndrome en una recién nacida baja talla con cuello membranoso y dimorfismo de genitales o cuando la bebé presenta además de baja talla linfedema del dorso de las manos y de los pies, más adelante si estos defectos congénitos no fueran reconocidos, se sospecha el síndrome cuando la niña con baja talla tiene cuello corto y alado, tórax en escudo, cardiopatía congénita, defectos renales, acortamiento del cuarto metacarpiano, implantación baja del cabello y en forma de tridente en la nuca, facies triangular y de aspecto triste. Otras veces se sospecha en la vida preescolar o escolar solamente por la baja talla que diferencia a la niña de sus compañeritas de escuela o ya en la adolescencia cuando la niña siempre bajita, no tiene desarrollo de caracteres sexuales secundarios o presenta una amenorrea primaria o incluso en la vida adulta cuando se detecta la infertilidad.

Hay muchas variantes de cariotipos de síndrome Turner: 45, X el más frecuente o mosaicismos que evidencian una aberración cromosómica poscigótica tales como 45, X / 46, XY; 45, X / 46, XX, 45, X / 46, XX /

47, XXX. También existen aberraciones de estructura como el isocromosoma de brazos largos del X (46, X iXq) o deleciones Xp o Xq.

Cuando hay dos o más líneas celulares que involucran al cromosoma X se han reportado embarazos en estas pacientes. No así en los casos 45, X/46, XY cuyo origen puede estar relacionado por una aneuploidía poscigótica de un cigoto 46, XY originada ya por un mecanismo de no disyunción como por anafase retardada.

Causas genéticas de infertilidad en el hombre.

Existen evidencias de múltiples mutaciones en genes que codifican proteínas que funcionan a nivel de la diferenciación de la gónada primitiva a la formación de un testículo (véase hiperplasia adrenal congénita). Además de esos genes propios de la diferenciación de genitales masculinos internos, existen mutaciones de genes que producen enfermedades monogénicas conocidas, que también son causa de infertilidad masculina, ellos son: la fibrosis quística, el síndrome Kallmann, el síndrome Bardet-Biedl, síndrome Noonan, la distrofia miotónica. Otros defectos están relacionados con deleciones y microdeleciones tanto de brazos cortos del cromosoma Y como de brazos largos, en las primeras por defectos del gen SRY y las segundas por defectos del gen factor de azoospermia.

Las aberraciones cromosómicas del cromosoma X del tipo de las aneuploidías son causa frecuente de infertilidad masculina, el síndrome Klinefelter con cariotipo 47, XXY, es la aneuploidía cromosómica del X más frecuente, se estima una incidencia de 1 en 500 a 1 en 1000 recién nacidos varones. Como el síndrome Turner en la mujer, este síndrome en el sexo masculino, tiene diferentes momentos de la vida en los cuales pudiera sospecharse su presencia. En la etapa prenatal no existen anomalías fetales posibles de identificar por ultrasonido. Al nacimiento podría ser sospechado cuando existen anomalías de genitales consistentes con pene y teste muy pequeños o criptorquidia o hipospadia ya en el escolar por tratarse de niños más altos que el resto de los niños para su edad, en la adolescencia por retraso del desarrollo de caracteres sexuales secundarios, testículo pequeños y firmes y en ocasiones por tratarse de niños altos con trastornos de conducta, del aprendizaje particularmente de escritura y lectura o cuando el adolescente, además de retraso del desarrollo de la pubertad y testes pequeños, se acompaña de ginecomastia, evento este que se reporta con una frecuencia de 15 a 30 % de adolescentes y adultos con cariotipo 47, XXY. Ya en el adulto con función sexual normal se sospecha este síndrome cuando existe historia de infertilidad y un espermatograma en el que se describe generalmente

azoospermia. La causa de este síndrome es la no disyunción tanto precigótica como poscigótica, ya que se han descrito también mosaicismo 46, XY/47, XXY.

Pérdidas de embarazos

Se describe como la pérdida inexplicable e inesperada de un embarazo antes de que el feto sea capaz de una vida extrauterina. Dentro de esta definición se encuentran los abortos espontáneos que son pérdidas de embarazos que ocurren antes de las 20 semanas de gestación. Después de este tiempo se suele hablar de muerte fetal intrauterina.

Hay diferentes definiciones de abortos espontáneos: el que ocurre cuando se conoce que la mujer está embarazada por la presencia de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica; el aborto preclínico que tiene lugar cuando la gestación se interrumpe por fallas en la implantación o por disrupción de la implantación; el aborto clínico ocurre en el primer trimestre del embarazo (el 45 % de los abortos clínicos ocurren en la semana 11 de la gestación); el llamado aborto diferido, que es diagnosticado después que ocurrió por la presencia de partes fetales sin actividad cardíaca en útero producto de una retención, y finalmente la muerte fetal intrauterina después de las 20 semanas de gestación, pero antes de la actividad de parto.

La mayoría de las causas de estas pérdidas se deben a complementos cromosómicos anormales. El 50 % de los abortos espontáneos se deben a anomalías cromosómicas, sin embargo pesquisas de cariotipos en recién nacidos reportan una frecuencia de anomalías cromosómicas de solamente el 0,5 a 0,7 %. El análisis de este fenómeno ha permitido sugerir que existe una selección natural que impide una frecuencia mayor de aberraciones cromosómicas al nacimiento.

El riesgo de pérdida por aborto de cualquier embarazo es de un 15 % y la probabilidad de pérdida de tres embarazos consecutivos definido por los obstetras como aborto espontáneo del 0,34 %. Estudios cromosómicos realizados en parejas con tres o más abortos espontáneos han permitido reconocer que en el 5,5 % uno de los dos miembros de la pareja presenta una aberración cromosómica balanceada. De ellas las más frecuentes han sido translocaciones, fundamentalmente de tipo robertsonianas, y el 0,3 % son aberraciones balanceadas del tipo de las inversiones.

Aun cuando un aborto cualquiera tiene un alto riesgo de ser debido a una aneuploidía, son las parejas con tres o más abortos espontáneos las que deben ser estudiadas cromosómicamente, y solamente después de haberse excluido la posibilidad de las causas más frecuentes de

recurrencia del aborto como son: anormalidades como déficit de progesterona en la fase lútea, anormalidades uterinas, incompetencias de cuello uterino, defectos endocrino-metabólicos, anormalidades anatómicas maternas, entre otras.

Por las consecuencias familiares de aberraciones cromosómicas balanceadas es oportuno revisar en el árbol genealógico la aptitud reproductiva, la frecuencia de abortos espontáneos, pérdidas fetales, muertes neonatales y sus causas, así como infertilidad o subfertilidad.

Conclusiones

Los conceptos básicos de la genética médica resultan imprescindibles para el médico general integral, quien asume un importante papel, no solamente para la atención de personas afectadas por enfermedades genéticas, también para su familia y en especial para la detección de riesgo genético preconcepcional como será tratado en el capítulo 47 “Detección de riesgo genético preconcepcional”.

Por las características heterogéneas, la gradación de la severidad clínica de las enfermedades genéticas, las cuales, generalmente, expresan gran diversidad de discapacidades que hacen diana en la psiquis del propio individuo, en la familia y en la comunidad en la cual viven, y aunque el defecto genético molecular no tenga cura, es posible modificar una vez conocida la fisiopatología y la historia natural de la enfermedad, con tratamientos específicos.

El esfuerzo actual en las investigaciones de las enfermedades genéticas se centra en identificar un tratamiento oportuno que permita eliminar o cambiar el curso de la enfermedad en beneficio del afectado. Los fundamentos básicos de la detección temprana de enfermedades genéticas, como las pesquisas neonatales tienen su enfoque fundamental en la aplicación de terapias de aplicación

temprana que permitan cambiar el curso clínico de la enfermedad o eliminar completamente una discapacidad como consecuencia de ella. Este es el principal fundamento de la detección temprana de las enfermedades genéticas que se pesquisan en neonatos en el país, aspecto este que se trata en el capítulo 47 “Detección de riesgo genético preconcepcional”.

Bibliografía

- Allanson JE, Biesecker LG, Carey JC, Hennekam RCM. (2009). Elements of morphology: Introduction. *Am J Med Genet. Part A*; 149A: 2–5.
- Colectivo de autores (2003). Por la vida. Editorial abril.
- Du, W. y Pogoriler, J. (2006). Retinoblastoma family genes. *Oncogene*; 25: 5190–5200.
- Dyer, M. A. y Bremner, R. (2005). The Search for the Retinoblastoma Cell of Origin. *Nature Rev Cancer*; 5: 91-102.
- Lantigua A, Lemus Valdez MT y Marcheco Teruel (2007). Servicios de genética médica en Cuba. *Rev. Cubana Genet Comunit*, 1: 14-19.
- Lantigua Cruz A, Ravelo Amargos I, Halley D. (1997) Síndrome frágil X: Correlación clínica, citogenética y molecular en una familia. *Rev. Cubana Pediatr*. 69: 108-112.
- Lantigua Cruz, A, Lucas González, N. (2009). Desarrollo de la Genética Médica en Cuba: 39 años en la formación de recursos humanos. *Rev. Cubana Genet Comunit*, 3: 3-23.
- Lantigua, A., Hernández, R., Quintana, J., Morales, E., Barrios, B., Rojas, I., Martínez de Santelices, A. (2011). *Introducción a la Genética Médica*. 2da. edición. Editorial de Ciencias Médicas. Biblioteca Virtual INFOMED.
- Nussbaum R. L, Mc Irnesn RR, Willard HF. (2008). Thompson & Thompson: genética en medicina 7ma. ed. Elsevier Masson. México.
- Rimon DL, Connor JM, Pyeritz RE, Korf BR. (2007). Emory and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics 6 Ed. New York: Churchill Livingstone Vol 1.
- Stevenson RE, Hall JG. (2006). Human Malformations and Related Anomalies. 2da.ed. Oxford. University Press.
- Strachan T, Read AP. (2006). Genética Humana 3ra. ed. Mc Graw Hill. México, 2006.
- Werler M.M. (2010). Hypothesis: Could Epstein-Barr Virus Play a Role in the Development of Gastroschisis? *Birth Defects Research. Part A*; 88:71-5.
- Wilkinson LS, Davies W, and Isles AR. (2007). Genomic imprinting effects on brain development and function. *Nature Reviews. Neuroscience*. 18 :632-43.



DETECCIÓN DE RIESGO GENÉTICO PRECONCEPCIONAL

Araceli Lantigua Cruz

La salud materno-infantil es el indicador por excelencia para medir el nivel de desarrollo de un país (véase capítulo 23 “Salud sexual y reproductiva”). Estos niveles de desarrollo tienen su piedra angular en la prevención de enfermedades, es por ello que en el presente capítulo se trata con especial énfasis la detección de riesgo genético preconcepcional, como un tipo de riesgo especial aun cuando se encuentre, de forma general, incluido en riesgo reproductivo preconcepcional.

Para la comprensión de este tipo de riesgo el especialista en medicina general integral ha de conocer aspectos contemplados en el capítulo 46 “Genética médica en la atención primaria de salud”, que le permitirán comprender la esencia de fundamentos biológicos que sustentan los programas de prevención de enfermedades genéticas que se desarrollan en el país y que día a día son fortalecidos por las experiencias y aplicación de nuevos conocimientos derivados de los resultados generados por proyecto internacional sobre el genoma humano, que tienen impacto práctico en la atención y prevención de enfermedades genéticas.

Identificación del riesgo genético preconcepcional

¿Qué personas de la población tienen riesgo genético preconcepcional?

A diferencia del riesgo preconcepcional, que está dirigido a identificar fenómenos fisiológicos propios de la mujer que pudieran generar riesgos para ella, para el desarrollo del embarazo (procesos embrionarios y fetales, incluyendo el funcionamiento de de estructuras trofoblásticas) y calidad del proceso para enfrentar el parto y el puerperio, el riesgo genético puede estar presente tanto en la mujer como en su pareja, de ahí la importancia de identificarlo antes de que la pareja decida su conducta reproductiva. Por otra parte, la complejidad

y expresión de las desviaciones del desarrollo que se identifican como enfermedades genéticas y defectos congénitos, aunque siempre tienen algún tipo de tratamiento que puede mejorar la calidad de vida del afectado, no tienen cura en el sentido de rectificar la mutación que causa la enfermedad, aun cuando se trabaja constantemente en la denominada terapia génica. Las manifestaciones clínicas de condiciones genéticas son extremadamente amplias y esto se sustenta en la gran heterogeneidad clínica y genética alélica y de loci, las interacciones génicas y el efecto pleiotrópico de cada mutación; solamente aquellas que se expresan con algún tipo de mutación mendeliana suman ya algo más de 19 880, es por esa razón que para la especialidad de genética clínica el principio martiano cobra un especial significado, más aun cuando la prevención depende del nivel de percepción del significado de morbilidad y mortalidad de una condición genética, las posibilidades preventivas antes de la concepción, durante la gestación y después del nacimiento y de las decisiones que una pareja pueda tener una vez conocidos todos los riesgos relacionados con la recurrencia u ocurrencia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de una enfermedad genética o defecto congénito específico.

Las enfermedades genéticas clasificadas por tipos y magnitud de la estructura del ADN afectados, así como por la compleja interacción aditiva en la expresión del fenotipo y su relación con los fenómenos ambientales, se clasifican en enfermedades genéticas monogénicas, cromosómicas y multifactoriales y cada una de ellas tiene probabilidad de ser transmitida en los gametos maternos o paternos y por tanto a la futura descendencia.

Cuando estos fenómenos no se tienen en cuenta oportunamente, en la etapa preconcepcional, se generan situaciones muy lamentables de ansiedad en la gestante por el temor de riesgos para su bebé, cuando, desde el

punto de vista técnico, no es posible identificar en el corto periodo de menos de 24 semanas de gestación, un diagnóstico que permita conocer el estado genético del feto y si pudiera existir algún tipo de estudio dirigido a un diagnóstico prenatal.

Un ejemplo de lo antes expresado, son los problemas que genera el desconocimiento etiológico de discapacidad cognitiva o retraso mental (RM).

Los factores etiológicos genéticos y ambientales que afectan al desarrollo embrionario o fetal del sistema nervioso, presentan un gran espectro, lo que dificulta extremadamente identificarlos y detectar a aquellos que pudieran ser objetos de medidas preventivas específicas.

El diagnóstico etiológico de un individuo con discapacidad intelectual puede demorar años y en más del 20 % de los casos no existen medios técnicos capaces de identificar las causas que generan esta discapacidad.

El antecedente familiar de uno o varios individuos con RM de etiología desconocida, detectado como posible riesgo genético ya en la mujer, que generalmente sobrepasa el primer trimestre, genera gran ansiedad, que a su vez constituye un riesgo obstétrico como se expresa en el capítulo 69 “Riesgo reproductivo”, cuando ya en este estado, se detecta en la APS el posible riesgo genético por un familiar afectado por RM y es remitida al servicio de Genética Clínica buscando diagnóstico prenatal por el temor a un riesgo de recurrencia en su descendencia, lamentablemente desconocido. En esta situación, intentar en breve tiempo, a veces menos de una semana, un diagnóstico etiológico, que a su vez permita identificar alguna posibilidad de diagnóstico prenatal, causa serios problemas y en la mayoría de los casos no hay solución en este término de urgencia.

Más del 50 % de los factores causales del RM son originados prenatalmente y de ellos alrededor del 80 % tienen una etiología genética específica, añadiendo a esto los casos con esta discapacidad cognitiva clasificados etiológicamente como inespecífico e inclasificable, que por su posible etiología genética subyacente, requiere ser investigado antes de que una pareja con este antecedente familiar tome una decisión reproductiva, de la cual puedan arrepentirse por desconocimiento del riesgo preconcepcional.

El especialista en MGI no debe confiarse, sin examinar al individuo con retraso mental o a un niño por retraso del neurodesarrollo, que la causa del mismo haya sido posnatal por un agente ambiental o por una hipoxia perinatal referida. En el capítulo 46 “Genética médica en la atención primaria de salud”, se proporcionan conocimientos sobre el examen dismorfológico que le permitan sospechar la presencia de participación de factores prenatales como causa principal del RM. Hay

que tener en cuenta que en muchos casos de personas con retraso mental por factores prenatales, existen antecedentes de daños perinatales o posnatales lo que indica que pudiera existir cierta vulnerabilidad fetal que explique la frecuencia de esta coincidencia.

En otros casos las parejas, teniendo un familiar con retraso mental, no asocian su parentesco con una posible enfermedad genética ya que sus familiares de primer grado no padecen de esta discapacidad, por ejemplo un primo hijo de la hermana de la madre de la mujer de la pareja y sin embargo puede tratarse de un retraso mental ligado al cromosoma X y de ser así la pareja pudiera tener un riesgo genético específico por la posibilidad de que esta mujer de la pareja sea portadora de una mutación inestable como la referida para el síndrome frágil X.

Es aconsejable que cuando se detecte a un individuo con retraso mental se haga un buen interrogatorio y se consulte a un genetista clínico quien debe analizar la posible etiología de ese retraso mental y que elabore, con el asesor genético, la estrategia de asesoramiento genético que corresponda para informar adecuadamente a los individuos en edad reproductiva de esa familia y proporcionarles a las parejas, los conocimientos que les permitan asumir una actitud reproductiva responsable.

Riesgo genético preconcepcional

El riesgo genético preconcepcional, se define como la posibilidad que tiene una pareja de transmitir una condición genética específica a su futuro hijo. Forma parte fundamental de la prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos. Es un derecho que tiene la pareja de conocer todos los fenómenos al alcance científico del momento, sobre el diagnóstico, pronóstico, posibles tratamientos de la enfermedad genética presente en la familia, así como sobre los riesgos de recurrencia o de ocurrencia, opciones reproductivas y posibles diagnósticos prenatales y el riesgo por el proceder de métodos invasivos.

Con una información lo más completa posible, y la evaluación de la percepción de lo explicado, la pareja tendrá los elementos para decidir con total autonomía, su conducta reproductiva.

Los fenómenos biológicos propios de la interacción genoma ambiente y de las interacciones génicas, que dificultan identificar la segregación de mutaciones específicas en los gametos, hacen particularmente compleja la determinación de riesgos genéticos. Corresponde al especialista en genética clínica y al asesor genético que lo acompaña la atención de personas en edad reproductiva con posibles factores de riesgo genético, definir el asesoramiento genético pertinente.

Determinaciones de riesgos genéticos según las peculiaridades de los tipos de mutaciones que expresan enfermedades genéticas.

Enfermedades genéticas de herencia mendeliana

Enfoque del riesgo genético en condiciones con herencia autosómicas dominantes

Cuando se trata de una enfermedad con este tipo de herencia, el individuo afectado, tendrá una probabilidad de transmitir la mutación a su hijo de un 50 %, si se trata de una pareja que ha tenido un hijo con la enfermedad es absolutamente necesario identificar cual de los dos miembros de la pareja pudiera presentar una variación de la expresividad de la mutación o un fenómeno de penetrancia reducida, para lo cual es necesaria la confección del árbol genealógico lo más extenso posible y conocer cuáles son los signos y síntomas que se deben explorar. Si se concluyera, en el caso de la pareja con hijo afectado, que se trata de una nueva mutación, entonces hay que evaluar la posibilidad de mosaicismos germinales, sin embargo si es el individuo afectado la persona que solicita conocer su riesgo genético entonces hay que explicar que su riesgo genético es del 50 %. A este tipo de análisis hay que añadir, los conocimientos sobre el efecto pleiotrópico, penetrancia y expresividad de la mutación, la historia natural de la enfermedad, sobre todo la edad de inicio de la enfermedad y sus variaciones intrafamiliares, actualización sobre los éxitos de los tratamientos posibles y sus resultados en cuanto a modificaciones fenotípicas de la severidad de la expresión de la enfermedad en cuestión.

La edad de comienzo de los síntomas de la enfermedad resulta un fenómeno que incrementa las dificultades al enfrentar el riesgo genético, no son pocas las ocasiones en que las parejas han tenido un hijo que comenzó a presentar la enfermedad genética a los cinco años y antes del comienzo de los síntomas deciden tener un segundo hijo que también tiene riesgo de presentar la enfermedad. Recordar que en enfermedades con herencia autosómica dominante y en especial aquellas de tipo neurodegenerativo, anticipan los síntomas a lo esperado por la evolución de historia natural de la enfermedad de modo tal que una enfermedad de comienzo de síntomas alrededor de los 30 años puede que comiencen a aparecer síntomas mucho antes, en los hijos de esas personas afectadas. En estos casos puede que se cuente con estudios moleculares que permitan el diagnóstico genético

presintomático de la enfermedad, sin embargo esta posibilidad tiene implicaciones éticas cuando no existe un tratamiento efectivo para evitar las complicaciones propias del curso de la enfermedad. Estas son situaciones complejas de competencia del genetista clínico.

Los individuos con algunos tipos de enfermedades genéticas con herencia autosómica dominante, pueden tener una fertilidad poco disminuida y desear tener hijos, aún conocido el riesgo genético. Cuando esto ocurre al riesgo genético ya elevado, se añaden riesgos obstétricos, tal es el caso de enfermedades propias del tejido conectivo como el síndrome Marfan, síndrome Ehlers-Danlos o de las condrodisplasias como la acondroplasia y las disostosis espínulo vertebrales por solo citar los eventos más comunes. En estos casos se requiere de una atención integral entre obstetricia, genética clínica y otras especialidades como cardiología, neonatología según el tipo de enfermedad genética y las posibles complicaciones que puedan esperarse.

Enfoque del riesgo genético en condiciones con herencia autosómicas recesivas

Aunque hay enfermedades con este tipo de herencia, que, por presentarse con defectos congénitos, pueden ser diagnosticadas desde el nacimiento como síndromes malformativos múltiples, lo que ofrece la ventaja de conocer el riesgo genético antes de que la pareja decida un nuevo embarazo, estos tipos de enfermedades genéticas son relativamente raras.

Desafortunadamente un gran número de defectos con herencia autosómica recesiva, son defectos metabólicos generados por mutaciones de genes que expresan proteínas involucradas en una vía metabólica específica y el comienzo de los síntomas se hace visible en diferentes momentos de la edad pediátrica antes de los 18 años o incluso después de los 18 años.

Es recomendable involucrar al genetista clínico en el diagnóstico de causas que expliquen cualquier defecto neurosensorial o retraso del neurodesarrollo.

En parejas sin evidencias fenotípicas de la enfermedad por su condición de genotipos heterocigóticos, un hijo afectado por una condición metabólica constituye un evento inexplicable y muchas veces aun cuando el hijo afectado se encuentra en etapa de estudio clínico genético, deciden una nueva descendencia que pudiera presentar recurrencia de la misma enfermedad. Es relativamente frecuente que estos defectos metabólicos se presentan en parejas consanguíneas, por lo tanto la consanguinidad constituye un riesgo genético a evaluar por el genetista clínico.

Las parejas en las que se ha detectado a un niño con una enfermedad autosómica recesiva, de las consideradas en las pesquisas neonatales, (fenilcetonuria, galactosemia, deficiencia de biotinidasa, hiperplasia adrenal congénita) ya tienen a partir del diagnóstico temprano de la enfermedad, alto riesgo genético, que puede ser explicado antes de que decidan un nuevo embarazo por lo que estas parejas, requieren ser evaluadas de forma especial, con igual cuidado han de ser evaluadas las parejas con hijos que presenten otras condiciones autosómicas recesivas con expresión en la infancia temprana, como la fibrosis quística, la anemia por hemáties falciformes por solo citar las más frecuentes, y que también entran en esta categoría.

Los individuos sanos de estos tipos de enfermedades con herencia autosómica recesiva, deben ser evaluados para en lo posible identificar su condición de posibles heterocigóticos para la enfermedad, e identificar parejas con alto riesgo genético en la etapa preconcepcional. Los hermanos, hijos sobrinos, en edad reproductiva pueden haber heredado la mutación y conocer su estado de portador ofrece oportunidades de que la pareja conozca tempranamente su riesgo genético y el incremento para el mismo en caso de parentesco entre ambos miembros de la pareja. Particular importancia tiene este conocimiento para la detección de parejas con alto riesgo de ocurrencia o recurrencia de enfermedades como la anemia a células falciformes. Si la pareja conoce su riesgo antes de tomar decisiones reproductivas, todas las acciones prenatales, en caso de que decidan un embarazo, serán mucho más efectivas y con menores riesgos en los procedimientos que siguen para diagnóstico prenatal y terminación voluntaria del embarazo.

Enfermedades con herencias ligadas al cromosoma X, dominantes y recesivas

La determinación de riesgo genético en condiciones con estos tipos de herencia deben tener muy identificada si la expresión de las manifestaciones clínicas son evidentes en individuos de ambos sexos, así como en el tipo de mutación, ya que en el caso de mutaciones dinámicas, los hombres sanos pueden ser portadores que no expresan las manifestaciones clínicas más severas de la enfermedad. (Véase síndrome frágil X en el capítulo 46 “Genética médica en la atención primaria de salud”).

Ya que el genetista clínico es el especialista involucrado en el diagnóstico de la entidad, le corresponde la identificación de portadores no afectados por el efecto de la mutación pero con alto riesgo genético de transmitirla a su descendencia y la responsabilidad de explicar los beneficios de conocer el fenómeno genético de portadores de la mutación y elaborar el consentimiento

informado para la realización de pruebas genéticas que permitan confirmar el genotipo. Una vez conocido el genotipo es posible identificar estrategias para conducir el diagnóstico prenatal en caso de que la pareja adopte la decisión de tener hijos. Enfermedades tan severas como la distrofia muscular Duchenne, las hemofilias A y B, el síndrome frágil X, el raquitismo resistente a la vitamina D, son ejemplos de mutaciones de genes cuyos loci se encuentran localizados en segmentos específicos del ADN del cromosoma X.

Condiciones genéticas cromosómicas

Los riesgos genéticos de estos tipos de manifestaciones dependen del tipo de mutación cromosómica (de número o estructura, de novo o familiar). Son detectadas al realizar el estudio de los cromosomas o cariotipo.

Las aberraciones cromosómicas de número se producen por segregaciones anormales que se deben al fenómeno de no disyunción de cromosomas específicos de cualquiera de los 22 pares. Las aneuploidías con estas características de mayor frecuencia son la trisomía 21, la trisomía 13, la trisomía 18 y las que involucran a los cromosomas X y Y.

Desafortunadamente con frecuencia, cuando se trata de un malformado múltiple que fallece al nacer, no siempre es posible identificar por el fenotipo si se trata de una de las trisomías autosómicas mencionadas en especial 13 y 18, y la ausencia de esta información dificulta la estimación correcta del riesgo genético, por lo que un antecedente de este tipo en personas en edad reproductiva en la familia o en una pareja que ha perdido un hijo por esta razón, deben ser investigadas por el genetista clínico quien determinará la magnitud del riesgo y la conducta a seguir con la pareja en caso de que esta decida nueva descendencia.

En otros casos el defecto cromosómico resulta de segregaciones anormales de parejas en las que uno de los dos es portador de alguna aberración cromosómica balanceada.

En estos casos le corresponde al genetista clínico la atención de la familia y la identificación de portadores balanceados del defecto para la orientación correspondiente a las parejas con estas condiciones genéticas.

El especialista en MGI debe ser capaz de interpretar un informe de cariotipo para indicar la interconsulta correspondiente antes de que la persona decida nueva descendencia. En no pocas ocasiones un portador con un cariotipo de este tipo, migra de una región a otro del país y pudiera mostrar su resultado a su médico de familia. En otras migran familias completas cuyos

hijos portadores de aberraciones balanceadas aun no se encontraban en edad de riesgo preconcepcional, pero con la indicación de mostrar estos resultados al médico del área en la cual residan.

Para las aneuploidías el tener cariotipos normales en los miembros de la pareja no disminuye el riesgo de gametos disómicos, sin embargo toda mujer con 35 años y tiene riesgo incrementado para aneuploidías y en especial para trisomía 21 es por esa razón que mujeres en edad reproductiva que tengan 35 años y más deben ser asesoradas convenientemente.

Condiciones que presentan herencia multifactorial

En este grupo de condiciones se clasifican los defectos congénitos principalmente aislados y las denominadas enfermedades comunes, o complejas por la naturaleza difícil de interpretar de los defectos genéticos subyacentes que las caracterizan.

Los defectos congénitos que comprometen la vida o la calidad de vida del individuo, suelen tener una prevalencia al nacimiento bastante constante, sin embargo al disminuir las causas de mortalidad infantil y la morbilidad por causas ambientales prevenibles, se produce un aumento relativo de ellas como causa de mortalidad infantil y se identifican como un problema de salud. En nuestro país las acciones genéticas y de atención materno-infantil han logrado disminuir en indicadores propios del primer mundo la mortalidad infantil por estas causas, sin embargo se podría mantener la efectividad con mejores resultados, determinando el riesgo genético preconcepcional de su recurrencia o de su ocurrencia.

En el caso de recurrencia, asesorar a las parejas que ya tuvieron la pérdida de un hijo por estas razones, sobre la recurrencia del defecto y métodos que permitan disminuir esos riesgos o el conocer si existe posibilidades de hacer el diagnóstico del defecto en la etapa prenatal, les proporciona información oportuna para decidir un nuevo embarazo. Es preciso determinar este riesgo para conocer, no solo el tipo de defecto, sino también la severidad del mismo, así como antecedentes de situaciones similares en otras parejas o individuos de la familia. Dentro de este grupo se encuentran malformaciones congénitas del tubo neural, de pared corporal como gastrosquisis, cardiopatías congénitas (cavidades cardíacas, tabiques, tronco conales o de grandes vasos), hernias diafragmáticas, defectos de línea media facial como labio leporino con o sin paladar hendido, por solo citar las más comunes.

Para identificar el riesgo de recurrencia de un defecto congénito, hay que identificar si este se debe al efecto de

mutaciones o a deformidades o disrupciones (véase capítulo 46 “Genética médica en la atención primaria de salud”).

Especial mención requiere el hipotiroidismo congénito que se detecta por la pesquisa neonatal y que permite, con la detección y diagnóstico temprano, modificar las consecuencias del defecto endocrino instaurando la deficiencia con el tratamiento temprano y oportuno que permite eliminar las manifestaciones clínicas propias de este defecto congénito de la glándula tiroidea.

Determinar la ocurrencia de malformaciones congénitas específicas, es preciso realizar investigaciones epidemiológicas que permitan identificar la incidencia de estas en la población a la cual pertenece la pareja que solicita conocer el riesgo de esa malformación en su descendencia aun cuando en su familia no exista antecedente previo alguno.

Lo hasta aquí expuesto evidencia la importancia de vigilancia epidemiológica que tiene el registro cubano de defectos congénitos y su continua retroalimentación por medio del programa de examen dismorfológico de los nacidos desde el primer mes hasta el tercer mes de vida, de modo tal que se pueda caracterizar la patogénesis del defecto y precisar el diagnóstico de una malformación propiamente dicha, de una disrupción, deformidad o displasia, así como el origen genético de la misma.

Herencia multifactorial y enfermedades comunes

El riesgo genético preconcepcional para las enfermedades comunes involucra a todas las enfermedades que están identificadas como tales: diabetes mellitus, hipertensión arterial esencial, epilepsia no asociada a síndromes genéticos conocidos, asma bronquial, enfermedad coronaria, adicción al alcohol, cardiopatía isquémica.

Una mujer en edad reproductiva que se encuentre afectada por alguna de las condiciones antes referidas, no solo presenta riesgo genético preconcepcional sino también riesgo obstétrico y necesita ser valorada de forma integral por el equipo médico de atención, en caso de que no presente estas enfermedades, pero que tenga a un familiar de primer grado afectado, implica que ella puede tener predisposición genética a estas enfermedades y que tiene el riesgo de que se manifieste durante la gestación. De ellas merece mención especial el antecedente de diabetes mellitus, por vía materna o paterna de la mujer en edad reproductiva. Los cambios hormonales e inmunológicos que tienen lugar durante la gestación pueden ser el umbral para que ocurra una diabetes gestacional en un genoma predispuesto, de ser así, el riesgo para el feto puede manifestarse por bajo

peso, macrosomía o la presencia de defectos congénitos por disrupciones vasculares debido a episodios inadvertidos de estrés oxidativo en el curso del desarrollo embrionario y fetal. La vigilancia de mujeres con predisposición genética heredada, antes y durante la gestación es esencial para la prevención de defectos congénitos o complicaciones fetales en el parto.

Otras enfermedades comunes del individuo en edad reproductiva con riesgo para la descendencia en alguna etapa del ciclo de vida son: la enfermedad de Parkinson, diversos tipos de neoplasias malignas tales como cáncer de mama, de colon, de próstata, enfermedades psiquiátricas entre ellas esquizofrenia, depresión, trastornos bipolares, la obesidad. El programa de prevención de enfermedades genéticas incluye el registro de familias con estos tipos de enfermedades comunes que presenten dos o más miembros afectados.

El especialista en MGI, tiene la responsabilidad de aplicar el método clínico a todas las mujeres en edad reproductiva a fin de identificar algunas de las situaciones antes explicadas que puedan constituir riesgo genético e incluir a sus parejas y analizar, con su equipo de salud incluido el asesor genético, la conveniencia de realizar acciones educativas relacionadas con el riesgo preconcepcional para que en la población bajo su asistencia médica se tenga un verdadero control de riesgo materno y las parejas tengan los conocimientos suficientes para decidir un embarazo responsable.

Sin duda alguna, el riesgo genético preconcepcional es la piedra angular de la prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos, sin embargo el término prevención en Genética Médica tiene dos direcciones estratégicas:

- Prevenir la ocurrencia o recurrencia de enfermedades genéticas y defectos congénitos respetando la autonomía y derechos reproductivos de los individuos involucrados.
- Ayudar a las personas con un defecto genético a vivir y reproducirse lo más normal y responsablemente posible.

Para el logro de ambas direcciones estratégicas es preciso la actualización constante del especialista en genética clínica sobre los avances que existan en relación con la etiología genética o ambiental, el pronóstico, medios diagnósticos, tratamientos, rehabilitación de la enfermedad genética o defecto congénito en cuestión.

En genética clínica ambas direcciones de prevención están estrechamente ligadas como ya se ha evidenciado a lo largo del capítulo.

Las desventajas genéticas, producto de variaciones genéticas del desarrollo, tienen objetivos preventivos cuando se expresan como condiciones severas, crónicas, familiares, con costos médicos elevados por lo que se está hablando

de enfermedades genéticas y defectos congénitos muy severos y específicos, es preciso delimitar las fronteras entre la diversidad genética del desarrollo y las condiciones que producen desviaciones severas del desarrollo que requieren asistencia médica, educativa y social.

Como ya se ha declarado, al disminuir la mortalidad infantil se hace más evidente la morbilidad y la mortalidad por enfermedades genéticas y defectos congénitos, por otra parte, al incrementarse las acciones de salud en sentido general, hay un incremento de las expectativas de vida de la población y esto se manifiesta en los cambios en la prevalencia de las enfermedades genéticas, después del primer año de vida. Esto es válido para enfermedades genéticas o defectos congénitos de órganos internos, que tienen expresión más tardía o que se hacen evidentes en diferentes décadas de la vida del individuo, muchas veces determinado por la interacción genoma-ambiente interno y externo, y determinados momentos que tienen lugar en el ciclo de la vida humana, entiéndase, crecimiento y desarrollo, pubertad, reproducción y todos los momentos posteriores de la vida hasta la muerte.

Lo hasta aquí expuesto, explica el por qué de los objetivos prevenir y apoyar. No será posible erradicar nunca las enfermedades genéticas y defectos congénitos, siempre nos estarán sorprendiendo nuevos defectos y mutaciones génicas, sin embargo se deben poner a disposición de la población los conocimientos y los avances que existen sobre el diagnóstico, pronóstico tratamientos y prevención de los ya conocidos y que se puedan investigar y proporcionar de manera equitativa los servicios de Genética Clínica y Asesoramiento Genético donde los afectados e interesados puedan disponer de los recursos dirigidos a su prevención y atención adecuadas.

Como para todas las enfermedades del ser humano, para la prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos existen tres niveles de acción y cada uno de ellos tiene estrategias específicas. Estos tres niveles de prevención se conocen como:

- Prevención primaria.
- Prevención secundaria.
- Prevención terciaria.

Prevención primaria. Las estrategias de la prevención primaria están encaminadas a disminuir la prevalencia de enfermedades genéticas y defectos congénitos, al poner a disposición de las familias y personas afectadas y de incluso grupos poblacionales o población general, conocimientos sobre la etiología de las mismas, de acuerdo con sus frecuencias y efectos sobre estas.

Se trata de que la pareja en cuestión tenga elementos suficientes para tomar decisiones responsables y con total autonomía, en relación con su conducta reproductiva. Proporcionar conocimientos que le permitan a las personas que desean tener hijos decidir sobre opciones propuestas y a su alcance.

Se hace prevención primaria cuando:

- Se educa a la población sobre los riesgos que presenta el nacimiento de un hijo síndrome Down para la mujer después de los 35 años de edad.
- Se educa a la población sobre los riesgos que tiene el consumo de alcohol en el embarazo, en la aparición de discapacidades como el retraso mental o de otros defectos como infertilidad o el nacimiento de malformados múltiples o de fallas reproductivas o de enfermedades comunes del adulto.
- Informamos a una madre diabética, obesa, hipertensa o con otros defectos endocrinos metabólicos sobre el efecto en el embarazo de su condición sin tratamiento previo y la necesidad de su atención disciplinada.
- Se detecta el incremento de una enfermedad con base genética subyacente, a consecuencia de un ambiente específico de una región y la investigación sobre la misma indica determinadas medidas de protección en esa población, como por ejemplo el uso de ácido fólico preconcepcional.
- Se explica a la población sobre los riesgos que tienen los matrimonios consanguíneos aunque la pareja aparente no presentar defecto alguno, para la aparición en la descendencia, de enfermedades genéticas autosómicas recesivas o de herencia multifactorial.
- Se informa de la existencia de los servicios de asesoramiento genético y la pareja o miembros de la familia afectada en edad reproductiva, reciben la comunicación sobre un riesgo de recurrencia específico para cualquiera de las enfermedades genéticas o defectos congénitos estudiados en este capítulo.
- Se registra a individuos y familias que presentan con algún tipo de discapacidad mayor (intelectual, visual, auditiva, físico motora, mental y otras disfunciones severas como cardiovasculares y renales), enfermedad común de las declaradas como enfermedades de herencia multifactorial, y se detectan en ellas individuos en edad reproductiva con posible riesgo genético preconcepcional.
- Se indica ácido fólico según las necesidades diarias, sobre todo en individuos en edad reproductiva ya que el ácido fólico interviene en la síntesis del ADN y del ARN, síntesis de proteínas funcionales y estructurales de los tejidos, en especial en la síntesis de hemoglobina y en la síntesis de proteínas involucradas en el desarrollo embrionario y función del sistema nervioso central.

– La indicación de ácido fólico, es esencial para la mujer en edad fértil ya que reduce el riesgo de defectos congénitos en especial malformaciones congénitas del tubo neural, asegura un buen crecimiento y función de estructuras trofoblásticas en especial de la placenta, se reduce el riesgo de anemia en el embarazo y hay investigaciones que declaran que los hijos de mujeres que recibieron suplemento de ácido fólico antes y durante de la gestación, son más inteligentes y tiene bajo riesgo de defectos en el aprendizaje.

Prevención secundaria

Prevención prenatal. Forma parte de la prevención secundaria pero por sus características suele ser tratado como una forma especial de prevención, ya que el diagnóstico de un defecto congénito incompatible con la vida o la detección de un genotipo fetal para una enfermedad genética monogénica severa o de un cariotipo fetal con aberración cromosómica no balanceada, le permite a la pareja solicitar la terminación voluntaria del embarazo.

Su base está en las posibilidades de realización temprana del diagnóstico de una enfermedad genética o defecto congénito. El diagnóstico puede ser realizado en diferentes periodos de la concepción, incluyendo la fertilización *in vitro*:

- De preimplantación, cuando se requiere de fertilizaciones *in vitro*.
- Del primer trimestre de la gestación.
- Del segundo trimestre de la gestación.
- Del tercer trimestre de la gestación.

En estos casos el conocimiento obtenido se utiliza para decidir el curso del embarazo desde el momento de la implantación hasta el final del mismo.

Esta decisión tiene, como bases éticas, los derechos de autonomía y reproductivos de la pareja. Cuanto más temprano se puede conocer el defecto genético más seguro, tanto médico como psicológico, será para la gestante el proceder para la ejecución de la opción de solicitar la terminación voluntaria de la gestación de un embrión afectado.

En cualquier caso conocer la presencia de una enfermedad genética o de un defecto congénito en esta etapa de la vida, proporciona conocimientos de gran valor para el tratamiento que sea posible realizar, incluso intraútero o terapia fetal.

Mientras más tardío sea el diagnóstico prenatal menos probable será la posibilidad de aceptar la solicitud de terminación voluntaria del embarazo, pero

indudablemente, se podrán tomar medidas preventivas específicas de acuerdo con la expresión y severidad clínicas del defecto, en la atención médica temprana del futuro bebé, incluyendo los tratamientos intraúteros o fetales. Por otra parte, preparará psicológicamente a la pareja, a la familia y al propio tiempo, al equipo médico multidisciplinario que tendrá la posibilidad de tomar las decisiones estratégicas específicas en la atención del recién nacido.

Es por esto que se considera este conocimiento como el diagnóstico más precoz a tener en cuenta en la prevención secundaria.

Pesquisas prenatales. Como su nombre indica se trata de la aplicación de pruebas específicas de fácil realización a todas las gestantes o a grupos específicos de estas, que permiten el diagnóstico prenatal de enfermedades genéticas y defectos congénitos que aparecen con mayor frecuencia en una población.

En Cuba se realizan varias pesquisas prenatales:

- Alfafetoproteína en sangre materna.
- Detección de embarazadas portadoras de anemia por células falciformes.
- Amniocentesis a gestantes mayores de 35 años para detección de síndrome Down.
- Ultrasonido a todas las gestantes en el primer y segundo trimestre de la gestación para detección de defectos congénitos y también de algunos marcadores reconocidos como de riesgo de aneuploidías, como se expresa con mayor grado de detalles más adelante.

Pesquisa de alfafetoproteína. Se realiza a todas las gestantes en la semana 16 del embarazo, por detección de concentraciones de esta proteína en sangre materna, los detalles técnicos se salen de los propósitos de este capítulo, sin embargo el análisis de los resultados permitirá evaluar el grado de bienestar fetal y la decisión de posteriores evaluaciones ultrasonográficas para la confirmación de un defecto congénito específico en especial defectos de cierre del tubo neural.

Pesquisa de heterocigóticas AS para la anemia a células falciformes o sicklemlia. Esta enfermedad de herencia autosómica recesiva es muy frecuente en nuestra población, se realiza en sangre materna identificando por una electroforesis de hemoglobina el fenotipo, la codominancia que existe entre el alelo normal y el mutado (AS), permite identificar el genotipo de la gestante para esta mutación. La estrategia de este pesquisa es la detección temprana del genotipo de la gestante, porque el paso que sigue es la determinación del genotipo de su pareja y de esta forma identificar a la pareja de alto riesgo genético para esta enfermedad, es por esto que

este estudio a la gestante, se realiza a la captación, de modo tal que se disponga de tiempo suficiente para conocer si es necesario o no la toma de muestra fetal. Las parejas en las que ambos son heterocigóticos AS tienen un 25 % de probabilidad para cada embarazo de tener niños con esta enfermedad genética (genotipo SS) que pone en riesgo la vida del bebé o cuando menos de su calidad de vida. El diagnóstico prenatal puede realizarse antes de las 16 semanas tomando muestra fetal para la realización de estudio molecular directo de esta mutación. Específicamente si el genotipo del feto es SS se ofrece a la pareja la opción de discontinuar el embarazo.

Las pesquisas hasta aquí tratadas, comienzan de forma indirecta, determinando concentraciones de alfafetoproteína en sangre materna o el conocimiento del estado de heterocigótica de la gestante. La confirmación de la presencia o ausencia del defecto congénito o del genotipo SS se realiza en el feto, en el primer caso utilizando el ultrasonido fetal que es un proceder de diagnóstico prenatal no invasivo, en el segundo caso al tomar una muestra de tejido fetal como el fluido amniótico, se utiliza un proceder invasivo ya que se necesitan células fetales para la extracción del ADN.

La garantía de cobertura y de realización temprana de los estudios para el éxito de estas pesquisas está en la atención primaria de salud:

- Educando a la población sobre la importancia de la captación precoz del embarazo.
- Proporcionando información sobre los propósitos de estos pesquisas, sobre todo cuando está involucrado en el mismo la pareja.

La pesquisa para la detección prenatal del síndrome Down. Se realiza de forma diferente, la población de riesgo son las gestantes de más de 35 años porque la no disyunción, causa principal de la aneuploidia del cromosoma 21, comienza a incrementar a partir de esta edad. Se trata de la obtención de células fetales en líquido amniótico, por un proceder invasivo, para realizar el cultivo de las mismas y obtener el cariotipo fetal. La combinación de marcadores de riesgos detectados por ultrasonido y en suero materno puede hacer más precisa la indicación del estudio, los resultados de experiencias y de investigaciones sobre la frecuencia de detección del SD utilizando estos últimos recursos, abre nuevos horizontes en el enfoque de este tipo especial de pesquisa y el papel fundamental para su éxito estará de nuevo en la atención primaria de salud. También se tiene en cuenta el antecedente de hijos vivos o fallecidos con múltiples malformaciones con evidencias o no de aberraciones cromosómicas, o este tipo de diagnóstico

prenatal también se realiza en casos de que uno de los miembros de la pareja presente un cariotipo con aberración cromosómica balanceada.

Pesquisas de defectos congénitos incompatibles con la vida y de marcadores ultrasonográficos frecuentes en el diagnóstico de aneuploidías y que permite ofrecer a la gestante la realización del cariotipo fetal para la confirmación de la aneuploidia específica.

Seguimiento en dos momentos importantes del desarrollo fetal: primer trimestre (12 semanas de gestación) y del segundo trimestre (20 semanas de gestación)

La pesquisa para la detección de defectos congénitos permite el diagnóstico de severas anomalías estructurales de la anatomía fetal, incluyendo algunos tipos severos de cardiopatías congénitas.

Estos tipos especiales de pesquisas requieren de recursos humanos muy calificados y de un equipo de trabajo que permita la conducción del proceso de información y de comunicación a la gestante y a su pareja y que debe estar integrado por el ultrasonidista, el asesor genético, el genetista clínico, el obstetra, otras especialidades según el caso y el MGI que atiende en la APS a la gestante y a su familia. Este equipo tiene la misión de cumplir estrictamente las indicaciones éticas que se requieren, en especial la autonomía en la decisión de terminación voluntaria del embarazo o de continuar el curso del mismo según sea el caso.

Existe toda una estrategia de seguimiento y estudio de los casos de embarazos con algún indicador ultrasonográfico fuera de los parámetros considerados normales cuyo absoluto cumplimiento es la garantía de un diagnóstico y definición de severidad, precisos del defecto congénito. Los antecedentes en la gestantes de otros embarazos perdidos por cualquier tipo de defecto congénito o de otros hijos vivos afectados, de familiares de primer grado con este tipo de historia, de enfermedades de tercer grado o más afectados, tienen gran valor ya que permiten estimar el riesgo del embarazo actual y el especialista responsabilizado con el ultrasonido fetal se siente apoyado, pues puede buscar indicadores específicos en el ultrasonido fetal. Recordar que los defectos congénitos pueden tener como etiología genética: mutaciones monogénicas, con herencia mendeliana y que se caracterizan por fenómenos tales como expresividad variable y penetrancia reducida, aberraciones cromosómicas no balanceadas, o pueden ser el resultados de mutaciones de alguno de los poligenes involucrados en la herencia multifactorial, los antecedentes familiares analizados a través de la confección del árbol genealógico cobran especial importancia.

Conocer los antecedentes de exposición a agentes considerados teratogénicos o los problemas endocrino-meta-

bólicos en la gestante, también son indicadores de riesgo de defectos congénitos que el ultrasonidista debe conocer, a fin de hacer más efectiva la búsqueda de determinado defecto que de otro modo, podría pasar desapercibido.

Prevención posnatal. Los objetivos de la prevención secundaria de enfermedades genéticas y defectos congénitos, que producen desventajas en el desarrollo, están diseñados fundamentalmente para:

- Minimizar las manifestaciones clínicas aprovechando el diagnóstico o de la detección precoz de la enfermedad o de sus complicaciones y de la intervención médica oportuna y acertada.

Como ya se ha explicado las enfermedades de origen genético no tienen cura, sin embargo para todas existe algún tipo de tratamiento. Algunos de ellos pueden modificar tanto la expresión del gen mutado que se evitan los efectos indeseados de las mismas. Cada enfermedad genética tiene un protocolo especial de tratamiento, cada defecto congénito tiene estrategias de intervención especiales desde quirúrgicas, reparando en lo posible el daño funcional o estético hasta rehabilitadoras o poniendo al alcance de estos individuos, instrumentos que sustituyan las funciones del órgano o sistema afectados. Es imperdonable que las personas afectadas, desconozcan estas posibilidades y no poner a disposición de estas personas tales recursos es una violación de los principios éticos de proporcionalidad y justicia.

Por supuesto se trata, en ocasiones de intervenciones diagnósticas y tratamientos sumamente costosas, por lo que es preciso hacer un uso adecuado del método clínico para la conducción de los mismos y para ello el tanto diagnóstico etiológico, como el conocimiento sobre la fisiopatología y pronóstico de la enfermedad en cuestión, son fundamentales. Un ejemplo de ello es el uso de implantes cocleares en individuos con discapacidad auditiva, en especial para aquellos con discapacidad visual asociada.

Pesquisas neonatales. Además de la información precoz obtenida en la investigación prenatal, acerca del defecto que tendrá el bebé, existen otras alternativas que tienen este objetivo de diagnóstico temprano.

Entre las más conocidas están aquellas que utilizan un método diagnóstico que, por su sensibilidad, sencillez y bajo costo pueden aplicarse a poblaciones de recién nacidos, son pesquisas neonatales para la detección de enfermedades genéticas cuya expresión puede ser modificada cuando se tratan precozmente.

Los ejemplos más conocidos son la pesquisa de detección de PKU (fenilcetonuria) y el de hipotiroidismo congénito. En ambos casos la detección del defecto brinda la oportunidad de aplicar acciones médicas

inmediatas de tipo nutricional, farmacoterapia o de reemplazamiento, con las que se puede evitar el retraso mental que caracteriza como defecto discapacitante a estas enfermedades genéticas.

Pesquisas neonatales que se realizan en Cuba: detección precoz de PKU, galactosemia, de deficiencia de biotinidasa, hipotiroidismo y de hiperplasia adrenal congénita, sobre este último defecto se ha dedicado ya un espacio (véase las características genéticas de esta última enfermedad en el acápite que aborda defectos congénitos del desarrollo de genitales externos). En todas estas pesquisas los tratamientos oportunos evitan complicaciones y modifican la expresión de sus correspondientes defectos genéticos, que finalmente repercuten sustancialmente, en el bien de la calidad de vida del afectado, su familia y la comunidad.

El éxito de estas pesquisas está también en acciones de control en la atención primaria de salud. Lograr la cobertura de la pesquisa en el ciento por ciento de los neonatos es fundamental, es absolutamente imperdonable que por una negligencia y falta de control, el diagnóstico de estas enfermedades se realice cuando los daños neurológicos sean irreversibles. No hay que confiarse en lo bajo de sus prevalencias.

Los especialistas de la atención primaria de salud deben velar celosamente por el control de este análisis, en recién nacidos que permanecen ingresados más tiempo del normal en los hospitales maternos o en servicios de neonatología. Eliminar las posibilidades diagnósticas de las enfermedades contempladas en las pesquisas neonatales evita confusiones diagnósticas en los casos que requieran ingresos o atención pediátrica por síntomas que son comunes a las enfermedades que se pesquisan y permite optimizar recursos y enfocar nuevas estrategias de atención en las terapias intensivas o servicios de neonatología

No todos los métodos de detección neonatal tienen un basamento técnico de laboratorio. El método clínico, de evidencias al interrogatorio y examen físico, permite detectar precozmente enfermedades genéticas y defectos congénitos. El examinar fenotípicamente al recién nacido, permite la detección de dimorfismos que pueden tener un valor fundamental en el diagnóstico de estas condiciones. Por ejemplo, la detección de defectos congénitos cuyo análisis, no solo permitirá en muchas ocasiones conocer la etiología del defecto, sino diseñar una estrategia de intervención médica temprana con el objetivo de minimizar el defecto, al permitir el desarrollo psicomotor lo más cercano posible a lo normal, facilitando información del defecto a los padres y orientando su manejo temprano. Aún cuando

la magnitud del problema no permita correcciones definitivas o espectaculares, proveer a los padres, familiares y personal médico o de pedagogía especial, de guías anticipatorias elaboradas a partir del conocimiento médico previo de la historia natural del defecto (calidad de vida, pronóstico evolutivo, expectativa de vida, etc.). Estos conocimientos serán indispensables en el tratamiento preventivo de las consecuencias del defecto.

Además de los métodos mencionados de pesquisas neonatales y del examen del recién nacido, existen otros métodos que permiten el diagnóstico presintomático del defecto genético con una antelación que puede extenderse desde la infancia hasta la tercera edad. El diagnóstico presintomático tiene un carácter preventivo, no sólo porque provee información temprana de la presencia de un defecto que aparecerá en algún momento de la vida del individuo y que determinará una desventaja para el mismo, sino por la advertencia de determinados genotipos con riesgo, en miembros de una familia específica, que permitirá a su vez, aplicar prevención primaria en ellos.

Este aspecto de diagnósticos presintomáticos es muy debatido desde el punto de vista ético, sobre todo para la detección temprana de enfermedades genéticas en las que no se pueden obtener modificaciones de su expresión por el uso de tratamientos preventivos.

Mención especial merecen las denominadas enfermedades comunes, cuya compleja etiología multifactorial implica el reconocimiento probable de individuos aparentemente sanos con predisposición genética a estas enfermedades, que pueden presentar susceptibilidad a determinadas condiciones ambientales, como ya se ha tratado previamente en este capítulo. Existen sin embargo factores de riesgo para susceptibilidad, que podrían ser objeto de prevención proponiendo cambios de estilos específicos de vida en las familias e incluso de las poblaciones de comunidades con alta frecuencia de alguna de estos tipos de enfermedades.

Una vez más genética médica está involucrada en la atención primaria de salud ya que el trabajo de detección y estudio epidemiológico de condiciones como la hipertensión esencial, la diabetes mellitus, la esquizofrenia, las epilepsias no síndromicas, el retraso mental no síndromico, las demencias seniles en especial el Alzheimer (cuya frecuencia se aumenta relacionado notablemente con las expectativas de vida de las poblaciones), el Parkinson, diversos tipos de cáncer como el cáncer de mama, colon, próstata entre los más frecuentes, constituyen la estrategia fundamental en investigaciones dirigidas a determinar su heredabilidad y reconocimiento del peso de factores de riesgos ambientales y genéticos que las caracterizan.

Prevención terciaria. La prevención terciaria de enfermedades genéticas y defectos congénitos, que expresan desventajas en el individuo y que dificultan su adaptación e inserción a la familia y a la sociedad, se establece cuando los objetivos preventivos están encaminados a:

– Mejorar la calidad de vida del individuo y evitar complicaciones y deterioro. Para lograr estos objetivos es imprescindible la comunicación entre los especialistas que asisten al individuo en el tercer, segundo y primer nivel de atención médica.

A modo de conclusión la prevención de las enfermedades genéticas y defectos congénitos tiene diferentes situaciones en los diferentes niveles de atención:

El nivel terciario de atención médica, para casos con defectos genéticos, está en manos del genetista clínico, quien maneja el diagnóstico, tiene conocimientos de la patogénesis, de la etiología y de la evolución del problema, conoce el pronóstico y es capaz de ofrecer información importante para el manejo integral del individuo y trazar estrategias de investigaciones sobre el conocimiento genético del problema. Cuenta con los recursos paraclínicos e investigativos de tecnología de avanzada. Supervisa la elaboración de guías educativas diseñadas por los asesores genéticos, sugiere la divulgación de materiales educativos e involucra e integra a su atención a los recursos humanos de la educación especial.

Nivel secundario de atención médica, está en manos de todos los especialistas ya que la gran heterogeneidad de las enfermedades genéticas y defectos congénitos los involucra a todos sin excepción, por eso es muy importante que tengan conocimientos sólidos de Genética Médica y se apoyen en equipos multidisciplinarios en los que tiene un papel importante el genetista clínico como líder de la confección del equipo. En este nivel de atención se cuenta con personal auxiliar, recursos paraclínicos generales o comunes a todas las especialidades médicas y además con interconsultas multidisciplinarias y material educativo.

Nivel primario de atención médica (NPS) está en manos de equipos médicos en los que el especialista en medicina general integral tiene el rol fundamental. A este nivel se ejecutan las pesquisas establecidas tanto neonatales como prenatales. Es en este nivel de atención que se detectan factores de riesgo genético referidos a lo largo de este capítulo. Es el escenario fundamental de la Genética Comunitaria, pilar y fortaleza del desarrollo

de no solamente de la genética médica y clínica, sino también de la genética humana y del futuro preventivo de la medicina del siglo XXI.

Asesoramiento genético

El asesoramiento genético (AG) ha transitado por diferentes momentos del desarrollo de la genética médica, este tránsito ha cambiado su enfoque. Conceptualmente es un instrumento imprescindible en la actividad práctica del genetista clínico. Sus dimensiones actuales han motivado que su desempeño se apoye en personal entrenado para ello como asesores genéticos.

Esencialmente ofrece conocimientos, educación y apoyo. Pone en manos de las personas que lo requieren, información dirigida a la prevención de defectos genéticos, de modo tal, que permita tomar de decisiones con total autonomía y derechos reproductivos, a las personas involucradas. El AG y tiene muy en cuenta los factores psicológicos derivados del problema que esta información añade a los ya ocasionados por la presencia o amenaza del defecto *per se*.

Se basa en tres aspectos cardinales:

- El conocimiento científico del problema.
- El arte de la comunicación.
- Tener en cuenta para su enfoque, los factores psicológicos generados por el problema y por la información que se ofrece.

El conocimiento científico del problema es la piedra angular del asesoramiento genético y tiene fundamentos técnicos específicos cuya explicación rebasa los objetivos de este capítulo.

Su compromiso fundamental es tratar de dar respuestas a las preguntas generadas por el afectado o por sus padres. ¿Qué es? ¿Por qué? ¿Tiene cura? ¿Cuál es el tratamiento? ¿Cuáles serán sus desventajas? ¿Cuánto vivirá? ¿Podrá reproducirse? ¿Cuál será su pronóstico físico y mental? y finalmente ¿Cuál será el riesgo para su futura descendencia, para un hermano, para su hermano, para otro miembro de la familia? ¿Cuáles serán las opciones reproductivas disponibles?

En Cuba existen servicios de genética clínica en todas las provincias del país y servicios de asesoramiento Genético en todos sus municipios. Esto ofrece el acceso de toda la población a los mismos. Es la garantía de poner a disposición de todos los cubanos los avances en la atención y prevención de variaciones genéticas del desarrollo, que requieren de atención médica tan complejas y heterogéneas como los son las enfermedades genéticas y defectos congénitos.

Repercusión psicológica en las personas afectadas

¿Qué importancia tiene conocer la etiología genética o ambiental de una discapacidad? En qué puede cambiar este conocimiento, la atención de las personas afectadas y de sus familiares, en el nivel primario de salud?.

Como ya se ha descrito, un bebé puede nacer con un defecto congénito, pero también una enfermedad genética puede hacer su debut en etapas posteriores al nacimiento, en el neonato, en la infancia temprana, tardía, en la pubertad, en el adulto joven, en el adulto mayor, en la senectud.

En cualquier momento del diagnóstico la familia se desestabiliza y existen las reacciones psicológicas esperadas, pero cuando la enfermedad es genética y sobre todo si el diagnóstico de la enfermedad en cuestión involucra a los padres, se describen tres reacciones de las parejas frente a esta situación:

- Daño a la autoestima.
- Respuestas defensivas.
- Depresión.

Estas tres reacciones emocionales se verán afectadas de forma diferente en los padres y el resto de la familia atendiendo a las características de enfermedad en sí misma y al efecto de la misma para el individuo y la familia, por lo que se harán referencias a las situaciones que se producen con el diagnóstico de enfermedades genéticas en edades tempranas de la vida, ya que en el individuo adulto sano hasta el momento del diagnóstico, estas reacciones repercuten fundamentalmente en el mismo y en las personas con las que convive (relaciones matrimoniales o de pareja) sean familiares de primer grado o no, en el trabajo y en su comportamiento y relaciones sociales y a ellas se dedicaran algunas reflexiones más adelante:

- Si la enfermedad o el defecto se observan al nacimiento se intensifican los sentimientos de culpa y de responsabilidad, pero si el defecto es genético o hereditario se intensifica la reacción de daño a la autoestima.
- Si la enfermedad se presenta cuando la personalidad del niño se ha desarrollado y la familia lo ha caracterizado como normal la reacción de depresión será la predominante y la incredulidad hará que la familia busque la opinión de muchos especialistas.
- La gravedad de la enfermedad, el pronóstico y las posibilidades de un tratamiento efectivo, incrementarán las tensiones familiares en los casos donde peligrará la vida del hijo.
- El efecto de la enfermedad sobre el niño, pueden hacerlo irritable, intolerable o generar rechazo por su

fenotipo, en estos casos se incrementa el sentimiento de culpa y frustración.

- Los efectos que se producen en la dinámica del hogar debido a las restricciones familiares generan impaciencia e incrementa la culpabilidad y el resentimiento agravados por las hospitalizaciones frecuentes o tratamientos quirúrgicos.
- La existencia de otros hijos normales o anormales debe ser analizada de acuerdo con el orden del hijo afectado y también el origen hereditario del defecto.
- Finalmente el costo de la enfermedad.

Ya que los efectos psicológicos en la pareja, la familia y el propio individuo dependen de la expresión del defecto genético, su pronóstico y tratamiento, no hay dudas de que, para el profesional y en especial para el médico especialista en MGI encargado de la atención a estos casos, resulta fundamental conocer las características genéticas y fisiopatológicas y posibilidades preventivas específicas de la discapacidad en cuestión. Ya que las enfermedades genéticas y defectos congénitos son tan heterogéneos, el especialista en MGI está obligado a consultar al especialista en genética clínica y apoyarse en su equipo con un asesor genético, un psicólogo, un educador especializado en estos casos y un trabajador social, para formar un equipo capaz de asumir lo que corresponde en la prevención terciaria a estos tipos de enfermedades y defectos congénitos.

Por otra parte, solamente en la APS se pueden completar los datos que se requieren para tener un completo conocimiento de evolución y problemas que genera en los individuos, la familia y los padres cada una de las enfermedades genéticas y defectos congénitos, bien como entidades muy poco frecuentes o como entidades más frecuentes. Las investigaciones genéticas en el humano, tanto en individuos específicos, como en familias y en la comunidad, por obvios problemas éticos, es muy limitada e incompleta, por lo que la genética comunitaria expresada en estos equipos de atención en la APS, proporciona la posibilidad única de lograr profundizar en la comprensión y el descubrimiento de nuevos conocimientos dirigidos a incrementar la prevención, incluidos tratamientos y con ellos la calidad y esperanza de vida de estos individuos.

Agrupar a individuos con discapacidades de igual etiología genética, pudiera ayudar incluso, a recomendar a las autoridades del país, sobre lo oportuno disponer de tipos de recursos específicos de tecnologías de alto costo para la caracterización genética de las mismas o para disponer de una estrategia alternativa.

Situaciones a tener en cuenta en las reacciones psicológicas que presentan los individuos que han vivido como sanos después de la pubertad:

- Si la enfermedad genética es progresiva o no y si este diagnóstico limitará o no su desempeño social ya como estudiante o como trabajador.
- La edad del individuo y sus expectativas de reproducción.
- La presencia de otros individuos afectados en la familia y de ser mendeliana la condición, los tipos de herencia.
- Los motivos que determinaron el diagnóstico: síntomas y signos específicos, infertilidad, el conocimiento de otras personas afectadas en la familia.
- Si el individuo ya tuvo hijos, su preocupación de estar enfermo y haber transmitido a ellos la condición.
- Si se trata de una enfermedad que se diagnostica en un adulto incluso anciano, además de los desajustes que ocasionará su atención en la familia, existirá gran ansiedad por conocer quienes habrán recibido la mutación y el diagnóstico presintomático, será un problema importante a tener en cuenta por las implicaciones éticas que el mismo tiene.

La detección de riesgo genético preconcepcional es la garantía que se ofrece a las parejas con este tipo de riesgo, de adoptar una conducta reproductiva responsable y depende en gran medida, de la percepción que logren tener estas parejas de la situación de su riesgo específico, de los tratamientos disponibles y de su efectividad, del grado de discapacidad que podría tener el hijo deseado y de los riesgos propios de los procedimientos que podrán ofrecerse para el diagnóstico temprano de la enfermedad, incluido en este diagnóstico prenatal.

El conocimiento que tiene el médico de familia en la APS, sobre el afectado, y los problemas psicológicos, educativos y sociales, permite la atención multidisciplinaria más completa en todos los niveles de atención y en todos los niveles de prevención de las enfermedades genéticas y defectos congénitos.

La atención médica integral que se logre en la APS es una fortaleza y una garantía para la prevención de las enfermedades genéticas y defectos congénitos y para

una atención médica de excelencia, no solamente a los individuos afectados y sus familias, sino también para el bienestar de la propia comunidad y se corresponde completamente con el principio martiano la verdadera medicina no es la que cura sino la que previene.

Bibliografía

- Antonarakis, S. E y Beckmann, J. S. (2006). Mendelian disorders deserve more attention. *Nature Rev Genet.* 7: 277-282.
- Blomberg M.I. and Källén B. (2010). Maternal Obesity and Morbid Obesity: the Risk for Birth Defects in the Offspring Birth Defects Research. Part A; 88:35-40.
- Harper PS. (2004). *Practical Genetic Counselling.* 6th ed. Butterworth Heinemann.
- Herrera Vallejera, D; Carlos González Reyes EC, Pérez Moras PL y Frómata Suárez A. (2006). Normalización del UMEELISA TSH NEONATAL® a discos de 3 mm. *Rev. CENIC Ciencias Biológicas,* Vol. 37, No. 2.
- Lantigua, A., Hernández, R., Quintana, J., Morales, E., Barrios, B., Rojas, I., Martínez de Santelices, A. (2011). *Introducción a la Genética Médica.* 2da. ed. Editorial de Ciencias Médicas. Biblioteca Virtual INFOMED.
- Lind J. (2000). *The Marfan and Ehlers-Danlos syndromes and pregnancy.* Den Haag. The Netherlands.
- Marcheco Teruel B. (2009). EL Programa Nacional de Diagnóstico, Manejo y Prevención de Enfermedades Genéticas y Defectos Congénitos de Cuba: 1981-2009. *Rev. Cubana Genet. Comunit.* Vol 3: 167-184
- Oliva Rodríguez JA. (2010) Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica. ECIMED, La Habana.
- Penshaszadeh VP, Punhales-Morejon D. (2000). Dimensiones psicosociales de los problemas Genéticos. Curso patrocinado por la Sociedad Argentina de Pediatría.
- Rimon DL, Connor JM, Pyeritz RE, Korf BR. (2007). *Emory and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics* 6 Ed.. New York: Churchill Livingstone Vol 1.
- Rojas Betancourt I, Marcheco Teruel B. (2012). Estrategia para la prevención primaria de los defectos congénitos en la Atención Primaria de Salud. Programa nacional de diagnóstico, manejo y prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos. La Habana. Impresión OPS.
- Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Valle D. (2001). *The metabolic & Molecular Bases of Inherited Disease.* 8th ed. Mc Graw-Hill. NY.
- Statements of the WHO (2000). Expert Consultation on New Developments in Human Genetics; Capitulo 19 .



ATENCIÓN PRENATAL

Violeta Herrera Alcázar

Características

La atención prenatal será precoz, periódica, continua, completa, dispensarizada, integral, regionalizada, en equipo y con la participación activa de la comunidad:

- Precoz: porque la captación ha de producirse antes de las 12 semanas de gestación.
- Periódica: porque la gestante es atendida por el equipo de salud, con la periodicidad que queda establecida en esta metodología.
- Continua: porque el médico y la enfermera de familia, atienden durante todo el embarazo a las gestantes correspondientes a su territorio. Incluye las acciones que realizan en su terreno.
- Completa: porque se cumple el esquema de atención establecido, con la calidad requerida para cada una de las consultas. Cada gestante recibirá no menos de 10 consultas durante su atención.
- Dispensarizada: porque se registran y se dispensarizan acciones a cada gestante de acuerdo con sus características, clasificación, y se definen estrategias y atención especializada para los grupos de riesgo. Con el subsistema del médico de familia que se aplica nacionalmente, las gestantes se incorporan al grupo II de la dispensarización.
- Integral: porque considera unidos los aspectos preventivos, curativos, biológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente.
- Regionalizada: porque esta es la base para establecer la efectiva interrelación entre los distintos niveles de atención, y lograr la máxima utilización de los recursos y materiales disponibles. Se basa en el principio de la atención escalonada.

- En equipo: porque intervienen el médico y la enfermera de familia, equipo horizontal de salud, y el grupo básico de trabajo.
- Con participación de la comunidad: porque los integrantes de los consejos de salud garantizan la vinculación entre las acciones del equipo de salud y la comunidad, y viceversa. Estos pueden verificar el cumplimiento de las tareas y lograr la participación de sus miembros en la solución de los problemas, tanto individuales como colectivos, que intervienen en el proceso salud-enfermedad.

Objetivos

Se debe resaltar la importancia de la consulta preconcepcional integrada, también llamada de riesgo preconcepcional y que debería realizarse unos meses antes de la concepción para evaluar posibles riesgos, su disminución y su posible solución.

Los objetivos de la atención prenatal son los siguientes:

- Para la madre:
 - Suministrar de atención preventiva y continua a la salud.
 - Mantener o incrementar la salud materna y la capacidad de autocuidado para mejorar la propia imagen antes, durante y después del embarazo.
 - Reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad maternas y también de intervenciones innecesarias en el embarazo.
 - Disminuir los riesgos la a salud antes de embarazos subsecuentes y más allá de los años fecundos.
 - Promover el desarrollo de habilidades para la crianza de los niños.

- Para el feto:
 - Reducir el riesgo de nacimientos antes del término, CIUR y anomalías congénitas.
 - Incrementar la salud fetal y disminuir la necesidad de hospitalización prolongada después del nacimiento.
 - Promover crecimiento y desarrollo saludables.
 - Reducir el riesgo de morbilidad neurológica, del desarrollo y otros.
 - Prevenir el riesgo de abuso y descuido del infante, lesiones y enfermedades agudas y crónicas susceptibles de prevención.
- Para la familia:
 - Promover el desarrollo de la familia y la interrelación positiva progenitores– lactante.
 - Reducir el número de embarazos no deseados.
 - Identificar y tratar trastornos de conducta que conduzcan al descuido del niño y la violencia familiar.

Cronología y conducta en la atención prenatal durante el embarazo normal

Para el estudio de este tema se recomienda véase el capítulo 47 “Detección de riesgo genético preconcepcional”.

Cada embarazada normal recibirá un mínimo de 10 consultas hasta las 40 semanas de gestación (Tabla 48.1) y se le realizarán intervenciones específicas según corresponda (Tabla 48.2).

Los procedimientos enunciados anteriormente en general se cumplen, pero puede haber variaciones, ya que no son esquemáticos.

Tabla 48.1 Consultas según la semana de gestación

Consultas	Semanas de amenorrea
Captación	Antes de las 14
Segunda (evaluación) (IC-1)	No más de 15 días después
Tercera	Alrededor de las 18
Cuarta	Alrededor de las 22
Quinta (1ra. reevaluación) (IC-2)	Alrededor de las 26
Sexta	Alrededor de las 30
Séptima (2da. reevaluación) (IC-3)	Alrededor de las 32
Octava	Alrededor de las 36
Novena	Alrededor de las 38
Décima (al término) (IC-4)	Alrededor de las 40

IC: Interconsulta

Tabla 48.2 Intervenciones a realizar durante las consultas

Proceder	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Historia clínica médica	x									
psicosocial actualizada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Examen físico general	x									
Tensión arterial	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Talla	x									
Peso	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Índice de masa corporal	x									
Examen de mamas	x						x			
Examen pélvico		x								
Examen cervical	x				x		x			
Complementarios:										
Hb. y Hto.	x			x					x	
Grupo sanguíneo	x									
Factor Rh	x									
Glucemia	x			x						
Serología	x			x						
Antígeno de superficie	x			x						
HIV	x			x						
Electroforesis de Hb.	x									
Parasitológicos heces fecales	x									
Orina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Exudado vaginal	x			x						
Prueba citológica (según programa)	x									
Alfafetoproteína		x								
Ultrasonografía				x						

Primera consulta. Captación

La realizará el médico de familia o del sector y se procederá como sigue:

- Precisar si se trata de un caso de riesgo preconcepcional.
- Anamnesis general y obstétrica, incluye aspectos biosicosociales
- Examen físico completo con énfasis en el examen cardiovascular y respiratorio. Si la paciente tiene afecciones asociadas de cualquier tipo, se debe interconsultar, y se realizará el seguimiento conjunto con el especialista pertinente.
- Examen obstétrico que incluye:
 - Examen con espéculo para ver los caracteres del cérvix y tomar muestra de citología, si corresponde de acuerdo con el Programa de diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino, y de exudado vaginal, con el cultivo si es posible, el que se repetirá en cualquier otro momento si se considera necesario. Se precisará la presencia de secreciones y sus características. Se proscribire la toma sistemática de exudado endocervical durante la gestación.
 - Tacto vaginal, sin exploración transcervical, para constatar tamaño y características del útero y los anejos, la posición del cuello y su longitud en centímetros.
 - Examen de las mamas para detectar posibles anomalías o enfermedades que pudieran afectar la lactancia materna, y signos de embarazo.
- Control del peso y valoración ponderal, según talla (IMC).
- Toma de tensión arterial.
- Exámenes complementarios: parcial de orina para detectar bacteriuria asintomática, Hb., Hto., glucemia, exámenes serológicos para investigar sífilis (VDRL) y VIH (a la paciente y la pareja), antígeno de superficie de hepatitis B, grupo sanguíneo y factor Rh, electroforesis de hemoglobina, exudado vaginal y parasitológico de heces fecales. Cuando existan las posibilidades y dada la creciente incidencia de bacteriuria asintomática, se recomienda la realización de urocultivo en cada trimestre. En mujeres mayores de 35 años realizar electrocardiograma, ácido úrico, creatinina, lipidograma. Es imprescindible, que durante esta consulta, se le indique también a la paciente el ultrasonido de marcadores genéticos tempranos antes de las 13 semanas de gestación, para que su resultado sea visto en la evaluación. Lo ideal es realizar este ultrasonido a las 9 semanas para ver que no sea un saco gestacional anembrionario.

- Se le indica a la gestante asistir a la consulta de evaluación 15 días después para interconsulta con el especialista en obstetricia,
- Remisión a estomalogía y psicología.
- Se le hablará sobre nutrición y referir, para valoración por nutriólogos, a la mujer de baja talla e IMC <19,5 kg/m² SC y en las sobrepeso y las obesas.

La detección de una embarazada puede lograrse espontáneamente, o por el personal de enfermería, las brigadistas sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas, los trabajadores sociales, o por el propio médico en labor de terreno o en el consultorio, y será citada a la consulta de captación. Esta será precoz si es antes de las 12 semanas, intermedia entre las 12 y 22 semanas, y tardía a partir de las 22 semanas. La captación precoz permite el cumplimiento de otras características importantes de la atención prenatal y se estimula porque sea antes de las 9 semanas de gestación para:

- Detectar la tensión arterial básica antes de que sea influenciada por la gestación.
- Realizar los dobles marcadores ultrasonográficos que se realizan a las 12 semanas de gestación.

Segunda consulta. Interconsulta de evaluación

Será realizada, de conjunto, por el médico de asistencia, médico de familia, y el especialista del grupo básico de trabajo, en obstetricia o medicina general. Ellos pueden solicitar interconsultar con otro especialista, si se considera necesario.

Se debe realizar dentro de los 15 días siguientes a la captación. Ambos especialistas procederán de la forma siguiente:

- Evaluación de los antecedentes familiares y personales.
- Análisis de los antecedentes obstétricos.
- Valoración nutricional.
- Toma de tensión arterial.
- Interrogatorio básico y exámenes físico general, cardiorrespiratorio y obstétrico. Este último incluirá tacto mensurador, sin atravesar el canal cervical, examen pélvico para, de ser posible precisar características de la pelvis, y examen con espéculo. Se prestará mucha atención a la existencia de cambios inflamatorios locales o de secreciones que sugieran una infección que alcance el canal cervical, en cuyo caso impondrá tratamiento de acuerdo con las características de la secreción. Si se sospecha *Gardnerella vaginalis*, my-

coplasmias, uroplasmias, peptococos o peptoestreptococos, Bacteroides fragilis, trichomonas u otro germen, sobre todo anaerobio, se indicará tratamiento con metronidazol después de las 14 semanas por vía oral durante 10 días: 250 mg cada 8 h. Si se demuestra *Chlamydia trachomatis* o no hay respuesta al metronidazol, se indicará eritromicina: 250 mg cada 6 h por 7 a 10 días. Debe tratarse al compañero sexual.

- Evaluación de los complementarios indicados.
- Indicar antianémicos por vía oral, así como dar orientaciones generales sobre dieta, higiene del embarazo y lactancia.
- Indicar la alfafetoproteína para ser realizada entre las 15 y 17 semanas de gestación.
- Indicar ultrasonido de translucencia nucal para ser realizado entre las 12 y 14 semanas. Los defectos del tubo neural como anencefalia, acráneo, constituyen algunas de las malformaciones congénitas más frecuentes y graves que pueden ser confirmadas por ultrasonido. Las parejas en las que se diagnostican prenatalmente defectos del tubo neural y otras malformaciones fetales son tributarias de asesoramiento genético.
- Se determinará el tiempo de gestación sobre las bases de la anamnesis, el examen físico y el resultado de la mensuración de la longitud coronilla-rabadilla y otros elementos ultrasonográficos.
- Si se cataloga de riesgo, se indican las investigaciones de acuerdo con el criterio médico, y el especialista definirá la estrategia a seguir: nivel de atención especializado, periodicidad, etc.
- Se realizarán actividades encaminadas a desarrollar el Programa de maternidad y paternidad conscientes.
- Indicar de nuevo un análisis parcial de orina. Se clasificará a la gestante como normal o con riesgo.
- Si la gestante es Rh negativo, se indicará grupo y Rh al esposo.

Tercera consulta

Se efectúa alrededor de las 18 semanas. Se debe valorar integralmente la evolución de la gestante:

- Efectuar interrogatorio básico y examen físico general que incluye peso.
- Chequear la tensión arterial.
- Evaluar la altura uterina (Fig. 48.1).
- Indicar ultrasonografía y orientar realizarlo alrededor de las 22 semanas para el pesquiasaje de malformaciones.
- Continuar la indicación de antianémicos por vía oral y dar orientaciones generales sobre el embarazo.

- Interrogar en las primigestas cuándo sintió los primeros movimientos fetales.
- Indicar análisis parcial de orina.

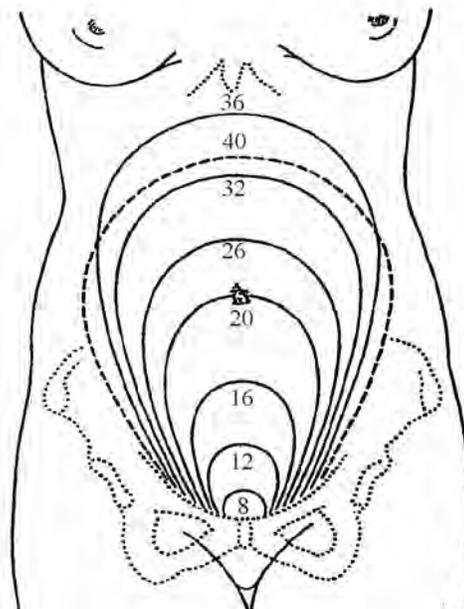


Fig. 48.1. Esquema del crecimiento uterino según semanas de gestación.

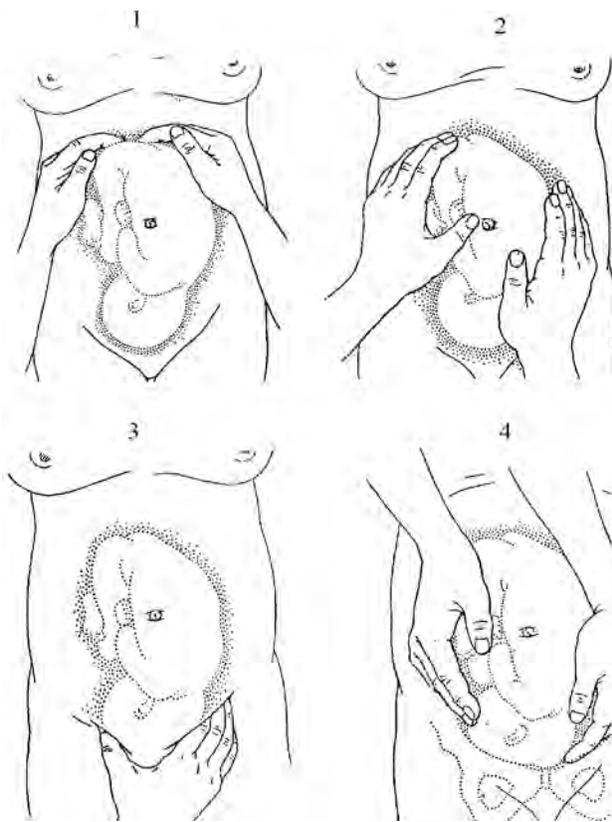
Cuarta consulta

Generalmente se efectúa alrededor de las 22 semanas:

- Valorar resultados de ultrasonografía, si ya se lo realizó, la alfafetoproteína, y los demás complementarios indicados, pueden haber sido evaluados ya por el médico en actividades de terreno u otras.
- Interrogatorio básico, y examen físico que incluye peso y buscar presencia de edemas.
- Toma de tensión arterial.
- Altura uterina, palpación de partes fetales, así como existencia de movimientos (Fig. 48.2).
- Explicar a la gestante cómo seguir patrón contráctil normal (Tabla 48.3).
- Indicar hemoglobina, hematócrito, serología, glucemia o PTG a las pacientes con riesgo de diabetes gestacional, parcial de orina y antígenos de superficie B y C. Biometría fetal y localización placentaria
- Continuar la indicación de antianémicos y dar orientaciones generales.
- Chequear si está inmunizada con toxoide tetánico e indicar reactivación, si es necesario.
- Comprobar asistencia a estomatología, psicología u otras especialidades o referirla, si es necesario.
- Interrogar patrón contráctil de la actividad uterina y explicar que se trata de contracciones uterinas indoloras que preparan el útero para el trabajo de parto.

Tabla 48.3. Patrón contráctil/normal

Semanas de gestación	Contracciones/h
26	1
27	2
28	3
29	4
30	5
31	6
32	7
33	8
34	9
35-37	9

**Fig. 48.2.** Maniobra de Leopold.

Quinta consulta. Interconsulta de reevaluación

Se efectúa alrededor de las 28 semanas, entre la 28 y la 32. Será realizada, como toda interconsulta, por el médico de asistencia, médico de familia, y el especialista del grupo básico de trabajo en obstetricia o medicina general, o por la persona de mayor calificación en el área de salud. Se procederá como sigue:

- Analizar los resultados de los exámenes complementarios realizados hasta el momento, para hacer valoración integral de la paciente, y decidir estrategia

y nivel posterior de atención. Evaluar parámetros del ultrasonido realizado.

- Revalorar la curva de peso ganancia de peso desde la primera consulta y valoración ponderal inicial.
- Valorar la curva de tensión arterial. Considerar la presión arterial basal de la paciente.
- Evaluar el crecimiento de la altura uterina. Tener en cuenta la talla, el peso y el panículo adiposo de la paciente.
- Realizar interrogatorio básico y examen físico que incluye el peso y buscar presencia de edemas.
- Chequear tensión arterial.
- Examinar altura uterina, presentación, situación, posición, frecuencia cardíaca fetal y tono uterino.
- Hacer énfasis en los signos de alarma del parto pretérmino.
- Realizar:
 - Examen con espéculo para visualizar cuello uterino y sus características, así como la presencia de secreciones.
 - Tacto vaginal mesurador si es necesario, sin introducir el dedo en el canal cervical, que busque características del cuello, posición y longitud; y de la pelvis, ángulo subpúbico, espinas ciáticas, promontorios y partes blandas.
- Valorar ingreso en el hogar materno, en las áreas rurales, si hay riesgo de prematuridad.
- Desarrollar actividades del Programa de maternidad y paternidad conscientes. Orientar sobre la preparación psicofísica para el parto.
- Precisar fecha de la licencia prenatal.
- Indicar análisis parcial de orina.
- Continuar tratamiento con antianémicos y dar orientaciones generales.
- Reclasificar de acuerdo con el riesgo. Hacer todas las anotaciones necesarias en el carnet obstétrico.

Sexta consulta

Se efectúa alrededor de las 30 semanas:

- Valorar los resultados de los complementarios indicados en la consulta anterior.
- Efectuar interrogatorio básico, y examen físico que incluye peso y buscar presencia de edemas.
- Chequear tensión arterial.
- Realizar examen obstétrico que incluye: altura uterina, situación, presentación, posición, movilidad de la presentación, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal y tono uterino.
- Valorar la presencia de secreción vaginal e imponer tratamiento adecuado.

- Efectuar examen de mamas, puede ser antes o después, pero debe hacerse en este último trimestre.
- Indicar análisis parcial de orina y hemograma.
- Desarrollar actividades del Programa de maternidad y paternidad consciente y lactancia materna, explicar de nuevo el patrón contráctil normal y el número de movimientos fetales por hora.
- Verificar la ingestión de antianémicos y dar orientaciones generales.
- Explicar psicoprofilaxis (33 semanas).

Séptima consulta. Interconsulta

Se efectúa alrededor de las 32 semanas:

- Valorar los resultados de los complementarios indicados en la consulta anterior.
- Efectuar interrogatorio básico, y examen físico que incluye peso y buscar presencia de edemas.
- Valorar curva de tensión arterial, y resultado del test de Gant.
- Realizar examen obstétrico que incluye: altura uterina, situación, presentación, posición, movilidad de la presentación, frecuencia cardiaca fetal y tono uterino.
- Precisar patrón contráctil y signos de alarma del parto pretérmino.
- Valorar el uso de maduración pulmonar fetal.
- Indicar análisis parcial de orina.
- Desarrollar actividades del Programa de maternidad y paternidad consciente. Instruir sobre pródromos y síntomas de parto, así como de los cuidados del puerperio, del recién nacido y la lactancia.
- Orientar sobre la licencia de maternidad a las 34 semanas, con excepción de embarazo múltiple a las 32 semanas.
- Indicar psicoprofilaxis a las 33 semanas. Consiste en informar sobre la conducta que debe seguir durante el parto, y ejercitarla durante las últimas seis semanas del embarazo en las actitudes que debe asumir para participar activamente en el trabajo de parto y expulsión del feto.

Octava consulta

Se efectúa alrededor de las 36 semanas:

- Valorar los resultados de los complementarios.
- Efectuar interrogatorio básico, y examen físico que incluye peso y buscar presencia de edemas.
- Chequear tensión arterial y buscar signos y síntomas de enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Realizar examen obstétrico que incluye: altura uterina, situación, presentación, posición, movilidad de la presentación, frecuencia cardiaca fetal y tono uterino.

- Precisar si existe descenso de la altura uterina y las características del patrón contráctil, así como signos de infección urogenital.
- Indagar y orientar sobre pródromos del parto, Programa de maternidad y paternidad conscientes, así como cuidados perinatales y del recién nacido.
- Ordenar análisis parcial de orina.
- Indicar antianémicos y dar orientaciones generales.

Novena consulta

Se efectúa alrededor de las 38 semanas:

- Valorar los resultados de los complementarios.
- Efectuar interrogatorio básico, y examen físico que incluye peso y buscar presencia de edemas.
- Chequear tensión arterial y buscar signos y síntomas de enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Realizar examen obstétrico que incluye: altura uterina, situación, presentación, posición, movilidad de la presentación, frecuencia cardiaca fetal y tono uterino.
- Precisar si existe descenso de la altura uterina y las características del patrón contráctil, así como signos de infección urogenital.
- Indagar y orientar sobre pródromos del parto, Programa de maternidad y paternidad conscientes, así como cuidados perinatales y del recién nacido.
- Ordenar análisis: hemograma y parcial de orina.
- Indicar antianémicos y dar orientaciones generales.

Décima consulta. Interconsulta

Se efectúa alrededor de las 40 semanas:

- Valorar los resultados de los complementarios.
- Efectuar interrogatorio básico, y examen físico que incluye peso y buscar presencia de edemas.
- Chequear tensión arterial y buscar signos y síntomas de enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Realizar examen obstétrico que incluye: altura uterina, situación, presentación, posición, movilidad de la presentación, frecuencia cardiaca fetal y tono uterino.
- Indagar y orientar sobre pródromos del parto, Programa de maternidad y paternidad conscientes, así como cuidados perinatales y del recién nacido.
- Indicar análisis de orina.
- Indicar antianémicos y dar orientaciones generales.
- Hacer la referencia a la consulta de gestante a término en el hospital. En Cuba esta consulta se brinda en los hospitales, lo que no exime a su médico de familia del seguimiento del embarazo hasta su culminación. En el hospital, la embarazada que evoluciona normal puede ser seguida hasta las 42 semanas, a partir de la cual debe ser ingresada.

Consulta hospitalaria de gestante a término

- Se realizará por el especialista en obstetricia designado.
- Valorar los resultados de los complementarios.
- Interrogatorio básico, y examen físico que incluye el peso y buscar la presencia de edemas.
- Toma de tensión arterial.
- Examen obstétrico que incluye: altura uterina, situación, presentación, posición, movilidad de la presentación, auscultación de la frecuencia cardiaca fetal y tono uterino. Precisar correspondencia entre amenorrea y edad gestacional clínica.
- Indagar y orientar sobre pródromos de parto, así como cuidados del puerperio y del recién nacido.
- Indicar, si es posible, estudio de bienestar fetal de forma ambulatoria, cardiotocografía no estresada e índice de líquido amniótico.
- Valorar realizar tacto vaginal o examen con espéculo de acuerdo con los síntomas. Realizar la evaluación general por ultrasonografía.
- Valorar necesidad de ingreso en el hospital o no.

Consulta de las 42 semanas

- Se realizará por el especialista de obstetricia a cargo de la consulta.
- Complimentar cuidadosamente los aspectos relacionados en la consulta de las 41 semanas.
- Ingreso hospitalario si realmente tiene 42 semanas.

Durante todo el embarazo

Independientemente de la anterior cronología, que corresponde a una embarazada normal, el obstetra u otra especialidad a fin tienen la obligación de interconsultar a la embarazada, tantas veces lo entienda su médico de asistencia.

En todas las consultas el médico de familia hará un análisis de las 3 curvas.

Curva de peso: todas las pacientes deben ser pesadas en consulta, realizar análisis de su ganancia, lo que debió ganar con respecto a la consulta anterior, hacer énfasis en las incrementos a saltos, establecer si ganó de forma adecuada o no y la ganancia global. Refiriendo si se encuentra por el canal de percentil que se le calculó en la captación. Teniendo en cuenta la problemática individual de cada paciente, y el pensamiento de cada médico.

Curva de tensión arterial (TA): a todas las pacientes se les debe tomar en cada consulta la TA, realizando análisis de la misma globalmente en el embarazo. Calcular la tensión arterial media y establecer si está normal o no.

- Curva de altura uterina (AU): a todas las pacientes se les debe medir la AU en la consulta (a partir de las 18 semanas de edad gestacional), comparando con la consulta anterior y globalmente, hacer énfasis en las incrementos a saltos, o no aumento de la altura, establecer hipótesis o conductas al respecto. Teniendo en cuenta el pensamiento de cada médico.

Interconsultas

Durante el embarazo, la gestante será evaluada por el personal especializado cuatro veces como mínimo.

Las interconsultas se realizarán de preferencia en el propio consultorio del médico de la familia, entre el médico de asistencia y el especialista designado.

Terreno

El equipo básico de salud, médico y/o enfermera, que trabajan en un medio urbano, deben visitar mensualmente a todas las gestantes y evaluar las condiciones que la rodean, así como el cumplimiento de las orientaciones médicas. Son muy importantes aquellas que se realizarán después de la captación, entre las 14 y 20 semanas y entre las 26 y 30 semanas de edad gestacional.

En el medio rural debe cumplirse también la visita mensual, salvo situaciones especiales.

Cuando se considere necesario, puede realizarse la actividad de interconsulta en el propio terreno.

Ingreso domiciliario o en el hogar materno

Debe fomentarse esta acción siempre que se cumplan estas tres condiciones:

- Que sea una afección tratable de forma ambulatoria.
- Que existan las condiciones mínimas en el hogar.
- Que pueda ser visitada a diario por el médico.

En el medio rural, sobre todo en áreas de montañas, se valorará cada situación en particular, y se actuará de acuerdo con las posibilidades de cada lugar, teniendo en cuenta la valoración integral de la gestante y su familia.

Siempre valorar ingreso en el Hogar Materno, si hay riesgo de prematuridad, sobre todo en las áreas rurales.

Programa cubano de Atención Materno-Infantil

Tiene como propósito elevar el nivel de vida de la población y su grado de satisfacción, mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación de la mujer embarazada o no, el niño y el adolescente.

Existe un número importante de programas, solo se mencionarán a algunos de los principales. Se recomienda ver capítulo 49 “Atención al niño”.

Programa para la reducción del bajo peso al nacer

El peso al nacer inferior a los 2 500 g es una de las causas más importantes de la mortalidad perinatal e infantil. Se considera que la mortalidad en el primer año de vida es hasta 40 veces mayor en los niños con bajo peso al nacer que con los de peso normal.

Los principales factores de riesgo encontrados en Cuba son: embarazos en menores de 17 años, anemia, desnutrición de la madre, talla inferior a 150 cm, ganancia de peso insuficiente durante la gestación, hábito de fumar y antecedentes de niños con bajo peso previo. También el aborto provocado, la hipertensión arterial durante el embarazo, el embarazo gemelar, entre otros, son factores que hay que tomar en consideración.

El bajo peso al nacer ha ido disminuyendo progresivamente, en 1985 fue de 8,2 % y en el 2011 de 5,3 %.

Programa para la prevención y atención médica de las hemoglobinopatías

La anemia por hematíes falciformes constituye la enfermedad hereditaria de mayor repercusión en Cuba y junto con otras hemoglobinopatías, para la tercera parte del mundo, según la Organización Mundial de la Salud.

Va dirigido principalmente a la reducción del nacimiento de enfermos, mediante el asesoramiento genético y el diagnóstico prenatal molecular. Es necesario identificar las parejas de alto riesgo (ambos padres portadores), su dispensarización, una adecuada atención a los enfermos existentes y la educación a la población.

Programa de ultrasonografía

El ultrasonido se realiza a todas las gestantes entre las 14-20 semanas de gestación y para el Programa de pesquisa de malformaciones cardiovasculares congénitas.

Las malformaciones congénitas ocupan la segunda causa de muerte en los menores de 1 año y la mitad de ellas corresponden a las cardiovasculares.

La incidencia en Cuba está entre 6 y 8 por 1 000 nacidos vivos, de las cuales la cuarta parte son muy complejas, de difícil tratamiento y muy mal pronóstico.

Este programa introduce el estudio cardiográfico de forma sistemática alrededor de las 20 semanas mediante

un programa nacional para la detección de las cardiopatías, ofrece además un servicio especializado para la atención a parejas de alto riesgo, brinda asesoramiento genético en aquellos casos en que se confirme una malformación congénita del aparato cardiovascular y realiza el tratamiento precoz de aquellas malformaciones compatibles con la vida.

Programa de determinación de alfafetoproteína

Los defectos del tubo neural como anencefalia y acráneo constituyen algunas de las malformaciones congénitas más frecuentes y graves que pueden ser confirmadas por ultrasonido.

Las parejas en las que se diagnostican prenatalmente defectos del tubo neural y otras malformaciones fetales son tributarias de asesoramiento genético

Programa para el diagnóstico prenatal citogenético

Las enfermedades de origen cromosómico influyen notablemente en la morbilidad y la mortalidad perinatal y son causa importante de retraso mental y abortos espontáneos.

El diagnóstico prenatal cromosómico se les realiza a las embarazadas con factores de riesgo; se consideran como principales indicaciones las siguientes: avanzada edad materna (38 años o más), enfermedades ligadas al sexo sin posibilidades de diagnóstico molecular, un padre portador de aberración estructural balanceada, hijo previo con trisomía 21 u otra cromosopatía.

Los programas de desarrollo de la perinatología, de pesquiasaje de hipotiroidismo congénito y para la detección de la fenilcetonuria en recién nacidos deben ser consultados en el capítulo 49 “Atención al niño”.

Bibliografía

- Cabezas Cruz, E., V. Herrera Alcázar, M. Ortega Blanco y A.S. Santisteban (1998). *Procederes en obstetricia y ginecología para el Médico de la Familia*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Dickerson, V.M., y Ch. Ronald (1999). Embarazo normal y atención prenatal. En *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Danforth David. Editorial Interamericana, México D.F. 8 ed.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (1997). *Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. Metodología de la Atención Prenatal*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, pp. 35-46.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2011). Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana
- Valdés Lazo F; Ibargollen Negrin L, Machado Lubián MC; Martínez Corredera V (2009). Programas para la atención médica al niño en Cuba. *Rev. cubana Pediatr*; 81 (Sup):108-12



ATENCIÓN AL NIÑO

*Indira Barcos Pina
Fernando Domínguez Dieppa
Roberto Álvarez Síntes*

Puericultura

Concepto, acciones y objetivos

La cultura del cuidado es muy importante para alcanzar la salud familiar integral. La puericultura se deriva de *puer* –niño– y *cultura* –cultivo o cuidado–, por tanto es entendida como la crianza y orientación de los niños, y sus acciones están dirigidas a la promoción, prevención, protección, curación y rehabilitación para lograr un óptimo crecimiento y desarrollo y llegar a ser un adulto sano. Sus objetivos son:

- Brindar atención integral privilegiando las acciones y actividades de prevención y fomento de la salud, tanto física, como mental y emocional.
- Evaluar el funcionamiento biosicosocial del niño o adolescente.
- Identificar, diagnosticar y manejar precozmente los problemas de salud que puedan surgir.
- Prevenir o disminuir problemas futuros.
- Orientar a los padres en el cuidado y atención de sus hijos, y a estos en su autocuidado.

Etapas

Para cumplir los objetivos expresados se estructura en dos etapas o periodos:

- La puericultura prenatal.
- La puericultura posnatal.

Puericultura prenatal

Es la consulta que se realiza durante el embarazo, entre las 26 y 28 semanas de edad gestacional, para preparar a la futura madre sobre cuestiones referentes al cuidado del niño próximo a nacer. En ella se analizan los elementos siguientes:

- El valor de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada hasta 1 o 2 años, según diferentes autores.
- La importancia de la consulta de puericultura posnatal para el futuro desarrollo de su niño.
- La diarrea transicional del recién nacido.
- La importancia de que su hijo duerma en posición de decúbito prono.
- Desde la etapa prenatal el médico de la familia deberá conocer la fecha probable de nacimiento del niño, por lo que estará pendiente e informado de su ocurrencia.
- Siempre que sea posible el médico participará en el parto.

Puericultura posnatal

Se clasifica según la edad del niño en:

- Del recién nacido. Se extiende desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
- Del lactante. Comprende desde los 28 días hasta el año de edad.
- De niños preescolares. Se extiende desde 1 hasta 4 años de edad.
- De niños escolares. Comprende desde los 5 hasta los 9 años de edad.
- Atención a adolescentes. Desde 10 a 19 años.

Las características biosociales de cada una de las etapas se podrán consultar en el capítulo 25 “Crecimiento y desarrollo”.

Las acciones y los controles se programarán de acuerdo con la edad del niño o adolescente y se desarrollará en cada acápite y capítulo en particular, respectivamente.

Puericultura del recién nacido

Son muy importantes las acciones en este periodo, ya que en esta etapa se consolidan los cambios producidos

durante el parto y continúa la adaptación al medio extrauterino. Se manifiestan los problemas del pretérmino, del bajo peso al nacer, del trauma obstétrico, los problemas nutricionales y de la alimentación, digestivos, hematológicos, urogenitales, umbilicales, en la piel, en los tegumentos y en los ojos. La inmadurez funcional de sistemas y aparatos, inmunológico, enzimático, y hemostático, determina un mayor riesgo de padecer alteraciones como consecuencia de las agresiones del medio ambiente, principalmente las infecciones.

Sus objetivos fundamentales son:

- Evaluar el bienestar del recién nacido y pesquisar anomalías congénitas, traumas del nacimiento o problemas médicos adquiridos.
- Evaluar el desarrollo físico y neuromuscular del recién nacido en relación con su edad gestacional.
- Tranquilizar a los padres acerca de variaciones benignas y comunes en el examen físico y el comportamiento del recién nacido, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño.
- Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño.

Atención al recién nacido normal

Se considera un neonato a término cuando ha nacido entre las 37 y 42 semanas de gestación. El peso promedio, a las 40 semanas, está entre los 3 200 y los 3 500 g; realmente el 95 % de los niños a término, estará entre 2 500 g y 4,2 kg de peso, es decir, entre 5,5 y 9,5 lb. Son clasificados como recién nacidos con peso bajo los de menos de 2 500 g y como macrosómicos, los de peso superior a 4 000 g. Obviamente el peso al nacer está influido por diversos factores, entre los que deben citarse la duración de la gestación, la nutrición materna, la talla de los padres, el sexo y las afecciones maternas que interfieran de algún modo con el buen funcionamiento placentario.

En la primera semana de vida, los recién nacidos disminuyen de peso y se considera dentro de los límites normales una disminución entre el 5 y el 10 %. Luego, en el periodo neonatal, aumentan a un ritmo de 145 a 225 g/sem, es decir, entre 6 y 8 oz. La pérdida inicial de peso puede ser explicada en relación con el gasto calórico, frente a la ingestión de calorías que es aún pobre, porque la madre le aporta calostro en los primeros tres días, que si bien es cierto que es rico en proteínas y anticuerpos, presenta un valor energético inferior a la leche materna propiamente dicha.

La talla promedio está entre 48 y 52 cm, con una media de 50 cm a las 40 semanas; el 95 % de los recién

nacidos a término estará comprendido entre los 46 y los 56 cm.

La circunferencia cefálica al término de la gestación debe medir alrededor de 34 a 35 cm, aunque se considera normal con un rango de 32 a 37 cm.

El cráneo estará modelado en mayor o menor grado, según el tipo de presentación, y es marcadamente así en los hijos de madres primíparas, pero redondeado y sin modelaje alguno en las pelvianas y en los niños nacidos por una cesárea que se ha realizado al inicio del trabajo de parto. Con elevada frecuencia se palparán cabalgados los parietales, uno sobre el otro, en la presentación cefálica, así como la bolsa serosanguínea o *caput succedaneum*, que no es más que una infiltración edematosa en el área craneal más afectada por el tipo de presentación, la que desaparece en las primeras 12 a 16 h, sin ninguna secuela. El tamaño de la fontanela anterior es de 2 a 3 cm como promedio, pero puede llegar a alcanzar de 4 a 5 cm de diámetro. La tensión fontanelar es más importante que el tamaño, para valorar alteraciones de la presión intracraneana. La presencia de craneobates es un hallazgo normal, cuando está circunscrita a zonas pequeñas y cercanas a las suturas.

La facies del recién nacido a término es casi siempre edematosa, las orejas poseen un cartílago fuerte y regresan al instante cuando se les doblan, los ojos resultan difíciles de explorar, hay respuesta de parpadeo ante la luz intensa, el color del iris es generalmente gris y varía en las primeras semanas. Existe, en la mayoría de los neonatos, algún grado de hemorragia subconjuntival; así como pequeñas hemorragias retinianas. El puente nasal está deprimido; algún grado del llamado aleteo nasal puede verse en los primeros días de la vida, sin que este hecho aislado signifique una dificultad respiratoria.

En la boca se observa, en la unión del paladar duro con el blando, un grupo de dos a tres cúmulos de restos epiteliales que se denominan perlas de Epstein. La protrusión de la lengua puede verse impedida, en algún grado, cuando existen frenillos sublinguales. Una lengua engrosada y que protruye con facilidad hace pensar en las variadas causas de macroglosia, cretinismo, síndrome de Beckwith, etc. La presencia de dientes, fundamentalmente los incisivos medios inferiores, se registra con una incidencia de 12 000 nacimientos, son pobres en esmalte y no dificultan la succión, tienden a aflojarse y desprenderse con facilidad.

El cuello es corto, sin tumoraciones palpables ni pliegues.

En el tórax predomina el diámetro anteroposterior, el pezón está pigmentado, con un borde que hace relieve. El botón mamario será mayor que 0,5 cm en uno o

ambos lados. Las mamas se irán ingurgitando, tanto en niñas como en niños, a partir del 3er. día, hasta el final de la 2da. semana y, en ocasiones, producen una secreción parecida al calostro denominada tradicionalmente “leche de brujas”. Debe recomendarse la no palpación excesiva, pues esto facilita la aparición de mastitis y en algunos casos hasta la abscedación.

El apéndice xifoides del esternón protruye en el epigastrio y es motivo de preocupación de la familia, pero es intrascendente. El abdomen es globuloso, como de batracio y sigue los movimientos de la respiración, puede ser palpable el hígado hasta 2 cm por debajo del reborde costal, así como una punta del bazo. El cordón umbilical deberá ser examinado con frecuencia para comprobar la existencia de dos arterias y una vena, el cordón se desprende normalmente entre el 6to. y el 10mo. días. La hernia umbilical es común en nuestro medio y casi nunca requiere tratamiento, pues desaparece cuando el niño tiene entre 1 y 2 años.

Los miembros son cortos en relación con el tronco, las uñas alcanzan el borde del lecho ungueal o lo rebasan. La planta de los pies está cubierta de pliegues gruesos y profundos en su totalidad. La maniobra de aducción de caderas o la maniobra de Ortolani es un proceder que se realiza de rutina para descartar la luxación congénita de la cadera, que es la malformación músculo-esquelética más frecuente de la niña en Cuba.

La piel es suave, de mediano espesor y de color rosado, que se oscurece cuando el niño llora de forma intensa; es común la acrocianosis, fundamentalmente en las primeras 72 h, cuando no se acompaña de otros síntomas. Pueden apreciarse petequias en el sitio de la presentación y son por lo general vistas en la cara y en el cráneo, con zonas violáceas, casi siempre en los casos de circulares apretadas al cuello. Después de pasadas entre 24 y 48 h aparecen, a menudo, unas lesiones eritematosas en la cara, el tronco y los miembros, con un centro blanquecino, en forma de pápulas, que se denominan eritema tóxico o urticaria neonatal y no requieren tratamiento, pues desaparecen de forma espontánea. También se manifiestan angiomas planos o hemangiomas capilares superficiales en la nuca, párpados y la frente. La mancha mongólica, que consiste en una zona de color azul oscuro, a veces de bordes difusos y otras veces de bordes caprichosos, y por lo general, localizada en la parte baja de la espalda, se considera una variante normal en nuestro medio.

El vérnix o unto sebáceo presente al nacimiento, pero en menor cantidad que en el pretérmino, no se aprecia con facilidad después de realizarse el aseo del neonato.

Pasadas las primeras 24 a 48 h, la piel toma un color amarillo, al igual que las mucosas, fenómeno conocido como ictericia fisiológica que tendrá su mayor intensidad entre el 4to. y 6to. días, y desaparecerá al final de la 1ra. semana.

También a partir del 3er. día comienza a producirse la descamación fisiológica de la piel, y es más evidente al nivel del tronco y de los miembros inferiores.

La respiración del niño a término normal es de tipo diafragmática e irregular, y se modifica fácilmente con el llanto y el sueño; se acepta como una frecuencia respiratoria normal entre 30 y 60 veces/min.

La percusión del tórax es de poca utilidad. Al auscultarse, parece que la inspiración y la espiración son de igual duración y en las primeras horas existen estertores húmedos finos que se denominan estertores de desplegamiento.

La circulación fetal, a partir del momento del nacimiento, sufre importantes variaciones, porque los pulmones, al expandirse, inician la ventilación y demandan mayor cantidad de sangre, solo recibían el 12 % del gasto cardiaco y la placenta el 50 %. Aumenta la resistencia vascular periférica, con incremento también de presiones en la aorta, en el ventrículo izquierdo y en la aurícula izquierda. Se cierra el foramen oval. En el pulmón expandido se inicia así la disminución de la resistencia vascular. El ductus arterioso deja de funcionar y con posterioridad ocurre su cierre anatómico. En el transcurso de tantos y variados cambios hemodinámicos, no será raro, pues, auscultar soplos, fundamentalmente sistólicos, de baja intensidad, que son considerados como funcionales, transitorios y carecen de importancia. En realidad, los soplos en algunos niños con severas y complejas cardiopatías congénitas, en muchas ocasiones, no son audibles hasta la 2da. o la 3ra. semanas. La presión sistólica es de 65 mmHg y puede llegar a ser hasta de 90 mm Hg al final de la 1ra. semana. La frecuencia cardiaca se considera normal entre 120 y 160 pulsaciones/min. Los pulsos femorales débiles sugieren coartación aórtica y si se palpan saltones, persistencia del conducto arterioso.

La función digestiva y la absorción intestinal son relativamente buenas, en general; el alimento óptimo resulta, sin lugar a dudas, la leche materna. El neonato a término digiere bien las proteínas de la leche, los disacáridos, en especial, la lactosa, y casi no tolera las grasas. Están deficitarias la amilasa y la lipasa pancreáticas. Al ingerir el alimento deglute también aire en cantidades variables, por lo que después de la toma puede expulsar de 5 a 10 mL de leche en forma de regurgitación o como pequeño vómito, al expulsar el gas deglutido, lo que se observa en general en las primeras 3 o 4 semanas.

Las heces fecales del feto y del recién nacido se han denominado meconio. La primera deposición en el neonato ocurre, casi siempre, en las primeras 24 h, pero algunos niños totalmente normales se demoran desde 2,5 a 3 días para ello, aunque es más la excepción que la regla. Son estas heces meconiales, de color verde brillante, viscosas y adherentes, restos de líquido amniótico, y de fermentos digestivos, moco, bilis, epitelios descamados, pelos deglutidos, mucopolisacáridos y bilirrubina.

Después del 3er. día, el niño alimentado con leche materna presenta en el 95 % de los casos deposiciones denominadas diarreas transicionales, que son en número de 6 a 12 por día y se producen después de ingerir el alimento, de forma explosiva, de color amarillento, líquidas. A pesar de ello, el estado de hidratación del niño es normal y mantiene la vitalidad adecuada. Cuando se han indicado fórmulas de leche de vaca, las deposiciones son más consistentes, de color amarillo grisáceo y hay tendencia a la constipación.

La emisión de orina tiene lugar *in utero*, fundamentalmente en la segunda mitad de la gestación. Al nacer, muchos niños realizan la primera micción y esto pasa inadvertido; es frecuente que tarde de 24 a 36 h en emitir orina otra vez, pues resulta escasa la diuresis en las primeras 48 a 72 h; la cantidad y la frecuencia de las micciones aumentan progresivamente, y en la 2da. semana orinan alrededor de 20 a 25 veces/día; el volumen es variable y está en función de la cantidad de líquido ingerido y la diuresis promedio es de 50 a 100 mL/kg/día. En los primeros, la orina puede tener una coloración rojiza, con aspecto terroso, debido a la presencia de cristales de uratos, lo que, en ocasiones, es mal interpretado como hematuria neonatal. El riñón del recién nacido es capaz de concentrar la orina, pero no con la eficiencia del riñón adulto.

Los genitales externos del recién nacido a término masculino se caracterizan por ser escrotos pigmentados con múltiples arrugas, testes descendidos o en el canal inguinal. Es frecuente la presencia de hidrocele, el que desaparece espontáneamente en el primer año. Las hembras presentan labios mayores pigmentados, que cubren los menores. A través de la vulva fluye una secreción viscosa, adherente, de color blanquecino, mucosoide y hacia el 4to. o el 5to. días hay un sangramiento vaginal que se considera como colofón de la llamada crisis genital, la cual es secundaria al influjo hormonal materno posparto.

La volemia del niño se ha calculado como correspondiente a 85 mL/kg de peso o, lo que es lo mismo, al 8 % de su peso corporal. Así un neonato de 3 kg posee de 255 a 260 mL de sangre total, al perderse 40 mL de

sangre; esto equivale a una pérdida de 500 mL en el sujeto adulto. La hemoglobina promedio es de 18 a 20 g % y se considera su límite inferior en 14,5 g % y el superior en 22 g %; el hematocrito es normal, de 50 a 65 vol %. El 80 % de la hemoglobina es de tipo fetal, que posee mayor avidéz por el oxígeno. Los leucocitos pueden oscilar normalmente entre 6 y 22 000, con predominio de los neutrófilos. Las plaquetas son superiores a las 100 000/mm³.

El tono muscular está aumentado en el recién nacido normal a término. Sus movimientos espontáneos son amplios y realizados por los cuatro miembros en estado de vigilia; se alterna la flexión con la extensión. Se observan los temblores ligeros y no significan ninguna afección. Si persisten y son intensos, sugieren al explorador la posibilidad de descartar alteraciones metabólicas como hipoglicemia o hipocalcemia, pero también pueden ser expresión de irritación cerebral.

Desde el punto de vista sensorial, debe consignarse que es capaz de responder ante la luz intensa con parpadeo y que posee visión de bultos. La audición, compleja de explorar en la clínica, puede evidenciarse desde las 24 h de nacido, en que ya es capaz de girar la cabeza hacia la voz de la madre. Distinguen los olores fuertes de los más suaves, y los sabores dulce, salado, amargo y ácido, fundamentalmente.

Hay un conjunto de reflejos característicos en esta etapa, algunos de los cuales son indispensables para el mantenimiento de la vida. Estos reflejos se pueden agrupar en tres subdivisiones:

- Los que desaparecen antes de los 2 meses:
 - Incurvación del tronco.
 - Reflejo de extensión cruzada.
 - Natatorio.
- Los que desaparecen antes de los 4 o 5 meses:
 - Moro.
 - Magnus.
 - Marcha.
- Duración más tardía:
 - Prehensión palmoplantar, hasta los 6 meses.
 - Cardinal o de hociqueo, hasta 1 o 1,5 años.
 - Respuesta tipo Babinski, hasta los 2 años.

Exploración de los reflejos

Incurvación del tronco. Se coloca al niño sobre la mano del observador en decúbito prono y se sostiene por el abdomen, se estimula un lado de la columna con un dedo del explorador y el niño se inclina al lado estimulado.

Extensión cruzada. Con el niño en decúbito supino, se hace tracción del talón o el pie sobre la cuna o la

mesa, entonces extiende la otra pierna por el borde interno de la que se tiene fijada, como si rechazara la mano del explorador.

Natatorio. Es cuando al colocar al neonato en decúbito prono y se procede a impulsarlo ligeramente hacia delante, este realiza movimientos con miembros superiores e inferiores como si estuviese nadando.

Moro o reflejo del abrazo. Se obtiene de diversas maneras: bien al sostenerlo por los miembros superiores y soltándolo suavemente sobre la cuna, dando una palmada o moviendo bruscamente la cuna. En un primer tiempo, hay abertura de ambos brazos, luego aducción de estos sobre la línea media, como abrazando, seguido de llanto vigoroso, aunque no siempre constante este último elemento. Este reflejo traduce la integridad del sistema nervioso central y cuando está positivo en un solo lado, debe hacer pensar en parálisis branquial superior del lado en que no hay el movimiento descrito.

Magnus o tónico del cuello. Al girarle la cabeza hacia un lado, unos minutos después adopta actitud de esgrimista, pues estiran los miembros superior e inferior hacia donde mira, y flexiona los del otro lado.

Marcha. Al colocarlo en posición vertical sobre un plano duro, realiza movimientos como si estuviera deambulando, es decir, sube y baja alternadamente cada pie.

Prehensión. Al colocársele en la palma o en la planta un objeto duro, se produce un cierre o flexión brusca de los dedos.

Cardinal, de orientación, de hociqueo o de búsqueda. Al estimular la comisura de los labios o la mejilla, gira la cara y lleva los labios hacia el lado explorado.

También sobre la base del tono y de la postura, se ha descrito una serie de signos que resultan útiles al evaluar la edad gestacional o maduración de determinado paciente. Son, entre otros: el rebote de las piernas, el rebote de los brazos, el ángulo pedio, el ángulo poplíteo, la maniobra talón-oreja, el signo de la bufanda, el sostén cefálico y la suspensión ventral, que junto a las características externas permiten, por sistemas de puntaje, la valoración del grado de madurez alcanzado *in utero*.

Puede concluirse que, desde el punto de vista neurológico, es útil atender los factores que son capaces de provocar alteraciones neurológicas, entre los que pueden incluirse la prematuridad, el bajo peso, los partos distócicos, la asfixia perinatal y ciertas anomalías congénitas, y de este modo obtener evaluaciones neurológicas seriadas para la detección precoz de alteraciones neurológicas y facilitar la orientación terapéutica oportuna, aplicando técnicas de estimulación temprana.

Atención al recién nacido pretérmino y de bajo peso

El término prematuro ha sido utilizado hace mucho tiempo en la medicina y solo ha servido para causar confusión. Verdaderamente debe hablarse de recién nacido pretérmino y de recién nacido de bajo peso; se identifican como pretérmino a los que nacen antes de las 37 semanas de gestación y con la segunda denominación se abarcan a los que hayan nacido a término o no, con peso inferior a 2 500 g. El índice de bajo peso expresa en tanto por ciento el número de neonatos de bajo peso. Los países desarrollados poseen índices de bajo peso inferiores al 6 % y de dicho total, aproximadamente, las dos terceras partes son pretérmino.

Así, aunque dos neonatos pesen menos de 2 500 g, si uno de ellos es pretérmino y el otro no, se diferenciarán no solo en las posibles complicaciones del periodo neonatal, sino también en la evolución posterior, ya que su crecimiento y desarrollo serán diferentes y, por ende, no podrán ser sometidos a valoraciones con iguales criterios para su crecimiento físico y desarrollo, porque esto podría acarrear errores diagnósticos y de manejo.

Para conocer la verdadera edad gestacional de un recién nacido existen métodos clínicos y paraclínicos, estos últimos resultan solo de utilidad limitada dada su complejidad. Los métodos clínicos basados en las características externas y neurológicas, por medio de sistemas de puntajes, casi siempre, son los más difundidos y utilizados.

Se ha relacionado el parto pretérmino con la edad muy joven de la madre, la sucesión rápida de los embarazos, la dilatación permanente del cuello uterino y con distintas enfermedades o complicaciones del embarazo.

El crecimiento intrauterino retardado se ha relacionado con la desnutrición materna, factores ambientales o sociales, la pobreza y distintos factores socioeconómicos. En ocasiones, puede ser considerado como un efecto generacional.

El hábito de fumar incide tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado.

Así, existe un conjunto de factores que pueden resultar causantes de recién nacidos de bajo peso, entre los cuales los más detectados en Cuba son:

- Embarazo en la adolescente.
- Desnutrición en la madre: peso inferior a 100 lb, talla inferior a 150 cm, bajo peso para la talla y ganancia insuficiente de peso durante la gestación.
- Hábito de fumar.
- Antecedentes de niños con bajo peso.
- Abortos previos provocados.

- Hipertensión durante el embarazo.
- Incompetencia ístmico-cervical.
- Embarazos gemelares.
- Anemia.
- Sepsis cérvico-vaginal.

Características clínicas y biológicas del recién nacido pretérmino

Desde el punto de vista antropométrico, las características difieren según la edad gestacional; la proporción entre la longitud del tronco y los miembros es mayor que en los niños a término.

El cabello no es grueso, resulta difícil separar uno de otro, es fino como pajuza. La oreja está constituida por escaso cartílago, lo que dificulta su retorno a la posición normal una vez que se le flexiona sobre su eje longitudinal. En el dorso del tronco se aprecia abundante lanugo. Las areolas están pobremente pigmentadas y no hacen relieve, y el botón mamario es menor que 0,5 cm.

El color de la piel es rosado uniforme, su textura es fina y suave, y en los pretérmino inmaduros, menores de 30 semanas, la piel es de aspecto gelatinoso, de un color rojo intenso. La transparencia de los vasos abdominales es más evidente en el pretérmino que en el niño a término.

Los genitales de la niña se caracterizan por la protrusión de los labios menores, ya que los labios mayores no cubren bien el introito; en tanto que en los varones los escrotos están poco pigmentados, con escasas arrugas y los testículos no están totalmente descendidos.

Los pliegues plantares son escasos y se observan más en el tercio anterior. Las uñas están poco desarrolladas y no alcanzan el borde del lecho ungueal.

Son poco activos, con tono muscular disminuido y reflejo de succión pobre o ausente. La postura en decúbito es con menos flexión de los miembros que en el niño a término. Obviamente su respuesta neurológica depende de la madurez alcanzada *in utero*.

Las principales afecciones del recién nacido pretérmino son:

- Asfixia perinatal.
- Hipotermia.
- Trastornos metabólicos: hipoglucemia, hipocalcemia, hiponatremia e hiperbilirrubinemia.
- Enfermedad de la membrana hialina.
- Hemorragia intraventricular.
- Persistencia del conducto arterioso.
- Anemia.
- Infecciones connatales y adquiridas.

La leche materna es el alimento de preferencia, la que se suministra por diferentes técnicas al neonato hasta que tiene suficiente madurez en su reflejo de succión para ser colocado directamente al seno materno. El aporte calórico a través de dicho alimento natural se va incrementando en la medida en que la tolerancia digestiva así lo permita.

El pronóstico a corto y a largo plazos depende de las complicaciones perinatales. Al evaluarse el neurodesarrollo, deberá considerarse con su edad gestacional corregida durante los primeros dos años de vida.

La participación de la madre en los cuidados del pretérmino, desde los primeros momentos de la vida, tiene gran utilidad y facilita una mejor evolución, a través de la estimulación temprana, en estos niños de alto riesgo.

Características clínicas y biológicas del recién nacido hipotrófico

Por definición, un recién nacido hipotrófico es aquel cuyo peso está por debajo de la segunda desviación estándar para su edad gestacional, aunque ya cuando está por debajo del 10 percentil de la curva de crecimiento intrauterino existe un retraso moderado. El crecimiento fetal desviado puede tener lugar en cualquier momento de la gestación, por lo que un recién nacido hipotrófico o con crecimiento intrauterino retardado (CIUR) puede ser a término o no.

Son considerados simétricos o proporcionados los que presentan afectación de peso, talla y circunferencia cefálica, en tanto los que tienen afectadas una o dos de dichas variables se denominan asimétricos o desproporcionados. Los posibles trastornos clínicos dependen de la severidad de la malnutrición y sus causas. En general en el CIUR existe un aumento de la morbilidad y la mortalidad neonatales.

Las principales afecciones del recién nacido hipotrófico son:

- Asfixia perinatal.
- Síndrome de aspiración meconial.
- Hipertensión pulmonar persistente neonatal.
- Hipotermia.
- Trastornos metabólicos: hipoglucemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia.
- Policitemia e hiperviscosidad.
- Malformaciones congénitas.
- Infecciones prenatales, grupo TORCH, y perinatales.

Los requerimientos hídricos son mayores que los del recién nacido normal a término, así como las calorías necesarias para que pueda lograr una ganancia de

peso adecuada en el período neonatal. Si el grado de desnutrición es ligero y se trata de un recién nacido a término con buena succión, puede nutrirse directamente al pecho. En niños con succión débil, se recomiendan diversos procedimientos de alimentación para suministrar leche materna con suplementos o sin ellos y se valorará estrechamente su evolución nutricional. Cuando se trata de un niño hipotrófico a término, su mayor capacidad gástrica permite volúmenes mayores de leche en cada toma, si se le compara con un niño de igual peso pero pretérmino.

En general, el pronóstico es mejor en los asimétricos que solo tienen poco peso para su edad gestacional, pero tienen talla y circunferencia cefálica apropiadas. Cuando se trata de un pretérmino con crecimiento intrauterino retardado, el riesgo de morbilidad y mortalidad es doble, y también hay en ellos una alta incidencia de malformaciones congénitas.

Es importante que la madre participe, desde el inicio de la vida, en los cuidados dispensados a su hijo, con la finalidad de adiestrarla y permitirle que no se sienta extraña ni ajena ante este en el momento del alta, pues esto favorece su recuperación a través de una estimulación temprana bien orientada.

Como resumen, puede afirmarse que tanto los recién nacidos pretérmino como los hipotróficos a término tienen, en los primeros días de vida, las causas básicas de muerte siguientes:

- Infecciones: congénitas y adquiridas.
- Asfixia perinatal.
- Insuficiencia respiratoria: enfermedad de membrana hialina o síndrome de aspiración meconial.
- Hemorragias intraventricular y pulmonar.
- Malformaciones congénitas letales.

La perinatología contemporánea ha permitido una mayor supervivencia de estos neonatos de alto riesgo, con menor número de complicaciones y secuelas a largo plazo. No obstante, la prevención de la prematuridad y de la malnutrición intrauterina es lo fundamental para una menor mortalidad neonatal, y una menor morbilidad a corto y a largo plazos.

Atención a las alteraciones en el periodo neonatal

La mayoría de los recién nacidos egresan del hospital materno entre las 48 y 72 h de vida, pero son varias las enfermedades cuyos signos aparecen cuando el niño se encuentra ya en su casa.

A continuación se exponen los principales problemas por los que son atendidos los neonatos a nivel primario, y cómo deben ser enfocados por el médico de familia para evitar, en lo posible, la progresión de afecciones potencialmente invalidantes y frecuentemente letales.

Problemas nutricionales de la alimentación

En ocasiones, al evaluarse la evolución del peso, se detecta una disminución excesiva en los primeros 7 a 10 días de vida, mayor que el 10 % del peso al nacer o un incremento inadecuado, pasado dicho período. Debe revisarse la alimentación y buscar si existe:

- Falta de afección.
- Succión débil.
- Agotamiento al succionar.
- Llanto por hambre.

Cuando hay falta de afección o rechazo al alimento, con historia previa de alimentación sin dificultad, deberá descartarse: infección, alteraciones metabólicas congénitas o adquiridas y trastornos neurológicos.

La succión débil puede estar relacionada con la prematuridad o con las afecciones antes mencionadas, si la succión fue vigorosa antes.

La prematuridad puede ser también la causa de un agotamiento al succionar, pero las cardiopatías congénitas con flujo pulmonar aumentado y la insuficiencia cardíaca también pueden provocar dicho síntoma.

Cuando el neonato llora por hambre, descartadas obviamente otras causas de llanto, es necesario revisar la técnica de lactancia materna, así como la calidad y frecuencia de las micciones y las deposiciones; valorar la producción láctea de la madre, y el estado de salud física y psíquica de esta, con el objetivo de determinar la necesidad real de iniciar una lactancia mixta o no.

Si el niño recibe lactancia artificial, es necesario revisar el método de preparación de la leche: cantidad de tomas al día, cantidad de leche por cada toma y garantizar que la fórmula tenga 20 cal/30 mL (1 oz).

La revisión minuciosa de la cantidad y calidad de la alimentación es muy importante, si la evolución del peso ha sido inadecuada. Debe garantizarse un aporte de líquidos y elementos nutritivos indispensables, en todos los casos. Evolutivamente se pesará al paciente todas las semanas, para valorar el acierto de las medidas tomadas.

Los trastornos de la alimentación tienen especial relevancia, cuando se comprueba que están afectando la evolución del peso; sin embargo, estos trastornos pueden ser muy agudos y, en ese caso, deben ser evaluados aun antes de que aparezca el descenso de peso.

Problemas digestivos

La persistencia de deposiciones meconiales escasas obliga a pensar en un cuadro oclusivo no diagnosticado con anterioridad, ya que el neonato a partir del 5to. al 7mo. días de vida tiene deposiciones amarillas, líquidas, con olor peculiar y en número de 10 a 15 al día, que son diferentes de otras diarreas patológicas. Presentan buen estado general, aspecto saludable y buena avidez por el alimento. Sin embargo, esto puede inquietar a la madre y resulta indispensable tranquilizarla, explicándole lo benigno y fisiológico de esta alteración.

La constipación, es decir, la demora en defecar hasta 4 o 5 días, también puede ser considerada como normal en un recién nacido alimentado con lactancia materna exclusiva, sobre todo hacia finales del primer mes de vida. No obstante, en casos con este síntoma más precoz, deberá descartarse una insuficiente alimentación y el megacolon agangliónico.

Las regurgitaciones, si son ocasionales y en muy pequeña cantidad, pueden considerarse normales. Si son frecuentes y en cantidad significativa, deben ser vistas como expresión de reflujo gastroesofágico y tratarlas oportunamente; se comenzará por evaluar la técnica de alimentación para corregirla, si fuera necesario.

Los cólicos se observan con mucha frecuencia y pueden deberse a múltiples causas: errores dietéticos, circunstancias ambientales que provocan tensión en el niño, marcada aerofagia y alergia alimentaria. Pero a menudo no se encuentra causa alguna que los pueda explicar; algunos los denominan cólicos vespertinos, porque el dolor aparece casi siempre al atardecer. En general, se ven en un niño que estando aparentemente bien durante el día, comienza con llanto agudo entre las 6:00 y las 10:00 p.m. La cara se enrojece, frunce el entrecejo y estira los miembros inferiores. No se conoce su causa, existen muchas hipótesis para tratar de explicarlos, aunque son un trastorno benigno que se alivia espontáneamente y desaparece a los 3 meses de edad. Ante los cólicos deben descartarse todas las otras causas de llanto en el recién nacido, así como eliminar el factor etiológico de estos, si fuera detectado.

La presencia de vómitos obliga a indagar sobre las características de estos: si son verdosos y abundantes requieren ser atendidos como una urgencia neonatal, para diagnóstico causal y tratamiento oportuno, en una institución de nivel secundario. Existen varias causas clínicas y menos frecuentemente quirúrgicas; dentro de estas últimas, está la estenosis hipertrófica congénita del píloro que aparece entre la 4ta. y 6ta. semanas de

vida, en ocasiones antes aun; se ve con más frecuencia en varones. Los vómitos son “en proyectil” y posprandiales, con ausencia de bilis, y, a menudo, conducen a la deshidratación.

Problemas hematológicos

La presencia de sangramiento digestivo, del muñón umbilical y en sitios de punturas previas en recién nacidos sanos en la primera semana de vida, hará sospechar una enfermedad hemorrágica primaria por déficit de vitamina K, aunque habrá que descartar otras afecciones. En nuestro medio, es excepcional dicha causa, dada la profilaxis que se realiza en casi todos los neonatos con la administración intramuscular de vitamina K al momento del nacimiento. La hematemesis y la melena aisladas pueden ser por deglución de sangre materna.

La ictericia debe ser bien seguida desde el punto de vista clínico, desde el alta de la maternidad hasta los 10 días de vida. En los recién nacidos con lactancia materna exclusiva, pueden registrarse valores altos de bilirrubina en sangre, incluso algo peligrosos entre los 5 y 10 días de vida. Es importante valorar con algún especialista en neonatología, para decidir la conducta, en aquellos niños con ictericia evidente en el dorso de las manos y de los pies, en quienes la ictericia se incrementa de manera ostensible y en los casos en que se acompañe de otras alteraciones tales como: prematuridad, bajo peso, descenso excesivo de peso en la primera semana, trastornos de la alimentación o signos sugestivos de infección.

En todos los neonatos con ictericia, se deberá garantizar de modo especial una adecuada alimentación, y se vigilará que la diuresis y las deposiciones sean suficientes.

Problemas urogenitales

En los primeros días de vida, la orina puede dejar una mancha de color rojo ladrillo en el pañal por precipitación de cristales de urato, lo que carece de importancia.

Puede haber secreción blanquecina y sangramiento genital en las niñas durante la primera semana de vida producto de la llamada crisis genital, lo que es completamente normal. Si existieran malformaciones genitales que hagan sospechar la posibilidad de genitales ambiguos, debe valorarse al paciente con especialistas en urología y en endocrinología, para precisar su causa, ya que si hay signos de deshidratación, vómitos y otras alteraciones sistémicas se pensará en hiperplasia adrenal congénita.

Antes del nacimiento, el glande y el prepucio se desarrollan como un tejido único. Al nacer, el prepucio se halla adherido, fusionado al glande. Con el tiempo, esta fusión deja de existir espontáneamente. A veces 5 o 10 años después del nacimiento o más ocurre una separación completa entre el glande y el prepucio, que puede ser entonces retraído. Esto sucede así, de modo espontáneo, durante las erecciones que ocurren desde el nacimiento o aun en etapa fetal. La no retracción fácil del prepucio no debe considerarse como algo anormal, sino que se debe esperar, pues en algún momento se producirá. No debe forzarse. La separación del prepucio del glande es en cada niño de modo diferente. Puede ser antes del nacimiento, pero rara vez sucede así. Puede tomar semanas, meses o años. Normalmente se separarán alrededor de los 5 años, aunque puede ser incluso en plena adolescencia.

El cuidado del pene es muy sencillo, solo debe lavarse por fuera y secarlo diariamente. Forzar hacia atrás el prepucio puede dañar el pene, causa dolor, sangramiento y después, probablemente, dará lugar a adherencias.

Problemas umbilicales

La caída del cordón umbilical debe producirse antes de los 14 días. Si esto no ocurre así, debe pensarse que el retraso en la caída puede deberse a un hipotiroidismo congénito.

El eritema periumbilical y la secreción purulenta umbilical son signos de onfalitis; esta requiere tratamiento local y, en muchas ocasiones, antibiótico-terapia por vía parenteral, por lo que el paciente debe ser hospitalizado.

La salida de líquido o la humedad mantenida en el ombligo pueden deberse a la presencia de fístulas o a la persistencia de conductos fetales, onfalomesentérico o uraco. En estos casos, es obligada la interconsulta con el cirujano pediatra.

Problemas en piel y tegumentos

Las infecciones en la piel y en el tejido celular subcutáneo son relativamente frecuentes en el neonato. El impétigo es causado casi siempre por estafilococos y se presenta en forma de ampollas medianas y grandes, como si fueran quemaduras de cigarro. El tratamiento es tópico con antibiótico local, a menos que sea muy generalizado; en este caso, se indicará antibiótico específico contra el estafilococo, como son: oxacilina, cloxacilina o dicloxacilina.

Las infecciones que afectan el tejido celular subcutáneo, como la celulitis, pueden ser muy peligrosas en el neonato. Así como la mastitis, que es común, deben ser

evaluadas con un neonatólogo para decidir la conducta a seguir, pues el paciente debe ser hospitalizado.

En ocasiones, se aprecian unas lesiones nodulares, de color algo azulado o grisáceo en zonas de la espalda y a veces de la cara, que son expresión de la necrosis adiposa neonatal; esta se debe a compresiones externas ejercidas sobre esas zonas con lesión del tejido celular subcutáneo y evolucionan espontáneamente hasta su desaparición.

Ante un recién nacido irritable, siempre se buscará la presencia de signos flogísticos para descartar la posibilidad de osteoartritis séptica.

Problemas oculares

La presencia de secreción ocular debe ser tratada con lavados oculares de agua hervida o con solución salina fisiológica a temperatura ambiental, cada 4 o 6 h precedidos por 1 min de masajes infralagrimal. En caso de que la secreción sea amarilla o francamente purulenta también se indicará un colirio antibiótico, después de realizarse cada lavado ocular, por un período de 5 a 7 días. Si hay epífora o secreción escasa persistente en un solo ojo, se sospechará la obstrucción del conducto lacrimonasal y entonces es necesaria la interconsulta con el oftalmólogo.

Infecciones neonatales

La sospecha de una infección mayor en el recién nacido obliga a su remisión a un centro especializado. Obviamente, los antecedentes perinatales desfavorables y la existencia de enfermedades neonatales previas, incrementan la relevancia de cualquier signo sugestivo de infección.

Los signos de infección se pueden dividir en cuatro grupos y tienen la peculiaridad de no ser específicos, pues se pueden deber a otras causas. No obstante, hasta que no pueda precisarse otro origen, siempre que estén presentes, se sospechará que son producidos por una infección grave y se debe proceder en correspondencia con ello.

Los grupos de signos sugestivos de infección neonatal son:

- Distermia: puede existir fiebre o hipotermia. En ambos casos, se descartará la vestidura inadecuada del paciente con respecto a la temperatura ambiental; la falta de líquido, por administración escasa, puede provocar una elevación de la temperatura. En estos casos al corregir la causa, desaparece la distermia. Si la alteración de la temperatura persiste o se repite, el recién nacido deberá ser valorado en un centro especializado para diagnóstico y tratamiento.

- Trastornos de la alimentación: ya fueron expresados anteriormente: falta de avidez y succión débil. Estos pueden acompañarse de vómitos y/o diarreas.
- Trastornos de la conducta: irritabilidad, movimientos anormales referidos, somnolencia, pobre respuesta a estímulos, hipertonía o hipotonía. La somnolencia, cuando no se evidencia durante la valoración del paciente, debe motivar un interrogatorio minucioso y la búsqueda de otros signos, antes de clasificarla como anormal. De manera similar se procederá con la irritabilidad, que se presenta en un neonato totalmente sano y no está acompañada de otros signos clínicos. Los trastornos del tono muscular, la pobre respuesta a estímulos y los movimientos anormales obligan a la interconsulta del paciente con personal especializado en afecciones neonatales.
- Trastornos de la coloración: la cianosis distal y el livedo reticular pueden deberse a exposición a un ambiente frío. Si se acompañan de otros signos o se hacen persistentes, adquieren importancia como signos de posible infección. La ictericia terrosa o “sucía” y la palidez se identifican como signos más tardíos de infección neonatal.

El diagnóstico precoz de infección en el recién nacido contribuye a un tratamiento más oportuno, que es necesario para disminuir la posibilidad de complicaciones y la mortalidad en este periodo de la vida. Es muy importante el tratamiento de sostén y una adecuada selección de antimicrobianos en la atención de estas infecciones neonatales.

Atención a lactantes, preescolares y escolares

Concepto y clasificación

Los niños comprendidos entre los 28 días y los 9 años de edad se clasifican en:

- Lactantes. Desde los 28 días hasta el año de edad.
- Preescolares. Desde 1 hasta 4 años de edad.
- Escolares. Desde los 5 hasta los 9 años de edad.

Particularidades en las etapas

Lactantes. Continúa el proceso de adaptación a la vida extrauterina en el seno de la familia. Es un periodo de crecimiento y desarrollo acelerados que requiere de un soporte adecuado de nutrientes. Son frecuentes los trastornos digestivos agudos y crónicos, así como las

infecciones respiratorias que pueden tener una repercusión desfavorable sobre el estado nutricional llevando al lactante a la desnutrición.

Preescolares. Es un periodo de crecimiento y desarrollo más lento, por lo que se producen cambios en la ingestión de alimentos si lo comparamos con la etapa anterior. Se presenta la anorexia fisiológica, que, como su nombre lo indica, es un hecho normal y como tal debe comunicárseles a los padres para evitar ansiedad, preocupación y hábitos incorrectos de alimentación que por lo general llevan a la obesidad. Hay gran desarrollo psicomotor con el que se logra un aumento de las posibilidades de trasladarse y relacionarse con el medio que rodea al niño. Se perfeccionan las habilidades motoras y es rápido el aprendizaje. Son frecuentes los accidentes, los trastornos digestivos agudos, las infecciones respiratorias y ciertas enfermedades malignas como la leucemia y algunos tumores. También son comunes la epilepsia, las enfermedades alérgicas, y el parasitismo intestinal.

En países subdesarrollados, la alta incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, unido al aporte insuficiente de nutrientes, son responsables de altos índices de desnutrición.

Escolares. Los primeros años son relativamente estables y terminan con el estirón preadolescente. Se produce un gran desarrollo de la capacidad intelectual y de la actividad física. Son frecuentes las infecciones respiratorias, los accidentes, la glomerulonefritis difusa y la fiebre reumática.

Las características biosociales de cada una de las etapas se podrán consultar en el capítulo 25 “Crecimiento y desarrollo”.

Valoración sanitaria

Aplicando el enfoque clínico epidemiológico y social por intermedio de la dispensarización comienza la atención integral a estos grupos de edades. Las etapas son las siguientes:

- Confección o actualización de la historia de salud familiar para detectar la presencia del lactante, preescolar y/o escolar en la familia y la comunidad.
- Control médico periódico para determinar factores de riesgo, enfermedades o secuelas que afecten la salud.
- Orientación de medidas terapéuticas, incluyendo acciones preventivas y promocionales en salud.
- Incorporación a círculos de lactantes y pioneros promovidos por el médico y enfermera de familia, y sustentados por los factores de la comunidad integrados en el consejo de salud o no.

Al aplicar el enfoque clínico epidemiológico y social, se tendrán en cuenta los elementos siguientes:

- Factores de riesgo.
- Morbilidad.
- Mortalidad.

Factores de riesgo: entre las diferentes situaciones de riesgo se pueden mencionar cuatro grupos:

- Alto riesgo:
 - Bajo peso al nacer: <2 500 g en los primeros 6 meses.
 - Edad gestacional: hasta 33 semanas.
 - Gemelar o más.
 - Desnutrición.
 - Antecedentes de enfermedad aguda grave.
 - Antecedentes de enfermedad crónica.
 - Abandono de la lactancia materna en el menor de 3 meses.
 - Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes.
- Riesgo social:
 - Bajo nivel de escolaridad de la madre.
 - Bajo nivel socioeconómico.
 - Madre adolescente.
 - Madre soltera.
 - Embarazo no deseado.
 - Otros que el equipo de salud considere.
- Riesgo menos grave:
 - Peso al nacer: 2 500 a 3 000 g.
 - No lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
 - Crecimiento inestable.
- Otros riesgos:
 - Hábito de fumar o fumador pasivo.
 - Obesidad.
 - Malos hábitos alimentarios.
 - Sedentarismo.
 - Consumo de alcohol o drogas.
 - Riesgo de accidentes.
 - Deserción escolar.
 - Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
 - Inadecuado empleo del tiempo libre.

Morbilidad y mortalidad. Están relacionadas con las características de estas edades.

Morbilidad. En las tablas 49.1 y 49.2 aparecen las atenciones médicas por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en niños, y la prevalencia en niños dispensarizados por algunas enfermedades, según edad y sexo en nuestro país en el año 2005.

En la tabla 49.3 se recoge la incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria en la niñez y adolescencia tardía, como datos provisionales del año 2005.

Tabla 49.1. Atención médica por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en niños

Edad	Diarreicas agudas		Respiratorias agudas	
	Número	Tasa	Número	Tasa
<1 año	114 793	882,9	369 545	2 842,3
1-4	187 038	336,2	1 069 020	1 921,8
5-9	79 282	113,7	638 276	915,4

Datos provisionales (2005).

Tasa por 1 000 habitantes.

Tabla 49.2. Frecuencia de algunas enfermedades según sexo y edad

Grupos de edad	Diabetes mellitus			Hipertensión arterial			Asma		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
<1	0,0	-	0,0	-	-	-	28,2	26,3	27,3
1-4	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	114,7	01,8	08,5
5-9	0,4	0,3	0,4	0,1	0,1	0,1	163,2	45,2	54,5

M: masculino F: femenino.

Datos provisionales (2005).

Tasa por 1 000 habitantes del sexo y edad.

Tabla 49.3. Incidencia de algunas enfermedades

Enfermedad	<1 año	1-14 años
Fiebre tifoidea	-	3
Meningitis meningocócica	1	6
Meningococemia	-	5
Sarampión	-	-
Rubéola	-	-
Varicela	388	17 910
Hepatitis viral aguda	42	10 930
Parotiditis	1	98
Mononucleosis infecciosa	5	181
Tos ferina	-	-
Tétanos	-	-
Tuberculosis	-	11
Casos notificados/100 000 habitantes de edad		
Fiebre tifoidea	-	0,1
Meningitis meningocócica	0,8	0,3
Meningococemia	-	0,2
Sarampión	-	-
Rubéola	-	-
Varicela	298,4	874,0
Hepatitis viral aguda	32,3	533,4
Parotiditis	0,8	4,8
Mononucleosis infecciosa	3,8	8,8
Tos ferina	-	-
Tétanos	-	-
Tuberculosis	-	0,5

Datos provisionales (2005).

Mortalidad. Las principales causas de muerte para estas edades, en nuestro país, aparecen en las tablas 49.4, 49.5, 49.6, menores de 1 año, menores de 1 a 4 años, menores de 5 a 14 años, respectivamente.

Tabla 49.4. Causas de muerte en menores de 1 año

Edad menores de 1 año Causas	1970	1980	2004	2005*
Número de defunciones				
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	3 562	1 289	326	302
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	907	552	214	192
Influenza y neumonía	1 202	221	34	31
Sepsis	-	91	15	27
Enfermedades del corazón	40	45	11	19
Tasa 1 000/nacidos vivos				
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	15,0	9,4	2,6	2,5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,8	3,9	1,7	1,6
Influenza y neumonía	5,1	1,6	0,3	0,3
Sepsis	-	1,6	0,1	0,2
Enfermedades del corazón	0,2	0,3	0,1	0,2

Datos provisionales (2005).

En los años 1970 y 1980 no se incluye la bronconeumonía hipostática. Se excluye la estadística del menor de 28 días.

Tabla 49.5. Causas de muerte en menores de 1-4 años

Edad (1-4 años) Causas	1970	1980	2004	2005*
	Número de defunciones			
Accidentes	197	143	61	49
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	104	61	39	38
Tumores malignos	86	59	34	24
Influenza y neumonía	218	80	6	20
Meningitis bacteriana	52	28	8	10
Tasa /10 000 habitantes de 1 a 4 años				
Accidentes	2,0	2,1	1,1	0,9
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,1	0,9	0,7	0,7
Tumores malignos	0,9	0,9	0,6	0,4
Influenza y neumonía	2,2	1,2	0,1	0,4
Meningitis bacteriana	0,5	0,4	0,1	0,2

Datos provisionales (2005).

En los años 1970 y 1980 no se incluye la bronconeumonía hipostática.

Tabla 49.6. Causas de muerte en menores de 5-14 años

Edad (5-14 años) Causas	1970	1980	2004	2005*
	Número de defunciones			
Accidentes	262	412	110	123
Tumores malignos	128	132	72	67
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	63	63	29	22
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	15	73	7	9
Enfermedades del corazón	16	8	5	9
Tasa por 100 000 habitantes de 5 a 14 años				
Accidentes	13,3	18,2	7,0	8,2
Tumores malignos	6,5	5,8	4,6	4,5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,2	2,8	1,8	1,5
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	0,8	3,2	0,6	0,6
Enfermedades del corazón	0,8	0,4	0,4	0,6

Datos provisionales (2005).

Intervención

En la atención a estos grupos de edades es muy importante la dispensarización, ya que esta nos va a permitir determinar las visitas de control y seguimiento en la consulta y el hogar. Se debe recordar que la dispensarización no es rígida, no es una “camisa de fuerza” y, por tanto, el médico puede variar la frecuencia de estas consultas.

En la valoración pediátrica, la mayor parte de los autores recomiendan las siguientes acciones en el calendario de visitas: interrogatorio profundo al niño, en caso de proceder, y a los padres, tutores o representantes. Es importante registrar el nombre del informador o de otras personas del ámbito doméstico que participen en el desarrollo del proceso de atención médica integral al niño.

El interrogatorio debe incluir:

- Historia prenatal, perinatal, posnatal.
- Historia del desarrollo.
- Antecedentes de actividad/rendimiento.
- Enfermedades de la infancia.
- Vacunaciones.
- Medicaciones.
- Alergias.
- Afecciones o daños graves a la salud-enfermedad, lesión o accidentes.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Historia psicosocial.

El examen físico, es muy práctico, por sistemas y no debe dejar de incluir el general: el estado de salud general, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria acordes con la edad, los cambios de peso, la presencia de fiebre, fatiga, o síntomas generales. A continuación se examinarán los sistemas:

- Pulmonar.
- Cardiovascular.
- Neurológico.
- Gastrointestinal.
- Endocrino.
- Hematológico.
- Músculo-esquelético.
- Renal/urinario.
- Reproductor.
- Tegumentario.
- Ojo, oído, nariz y garganta.
- Psicológico.

En la valoración es muy importante la determinación de peso, talla, circunferencias cefálica y torácica, visión, audición, estado dental, tensión arterial, describir la postura, cualquier deformidad de la columna vertebral, el tórax o las extremidades, tics nerviosos, tartamudez, hábito de comerse las uñas y cualquier alteración psicológica.

La indicación y frecuencia de hemograma y orina es recomendada por algunos autores e instituciones, aunque no así por otros.

La vacunación, es muy importante y, se hará según las particularidades y esquemas de cada país. Véase capítulo 44 “Vacunación/inmunización”.

Se darán orientaciones sobre lactancia materna, desarrollo psicomotor, nutrición, salud bucodental, actividad física, prevención de accidentes, exposición al sol, humo del cigarro y drogas, entre otros.

Las medidas preventivas estarán dirigidas hacia los accidentes, los problemas nutricionales, las infecciones, los trastornos del desarrollo físico y psicomotor y la deficiencia de los cuidados familiares, en general, y maternos, en particular.

Los controles se realizarán según corresponda de acuerdo con la dispensarización. En estos siempre se hará una valoración del riesgo facilitando la pesquisa de enfermedades ocultas. En el capítulo 11 “Dispensarización” se expone la frecuencia mínima de evaluaciones estipulada en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia (2011). En este documento se dan facultades al médico de familia para planificar acciones de salud, mantener un correcto equilibrio entre consultas y terrenos, y con ello influir, de forma importante, en la reducción de la morbilidad y mortalidad.

La puericultura permitirá realizar un correcto registro y seguimiento de cada niño. Los objetivos fundamentales son, entre otros, los siguientes:

- En el lactante:
 - Evaluar la recuperación del niño del proceso del nacimiento.
 - Evaluar la evolución del niño durante este periodo de rápido crecimiento e intensos progresos en su desarrollo.
 - Evaluar el ajuste de la familia al nuevo niño y la calidad de las relaciones entre este y sus familiares.
 - Orientar alimentación, inmunizaciones, normas de higiene, etc.
- En el preescolar:
 - Evaluar los progresos del niño durante este periodo de elevada actividad motora y rápida emergencia de habilidades en el lenguaje.
 - Orientar las vacunas y procedimientos de pesquiasaje correspondientes a esta etapa.
 - Evaluar en los preescolares de mayor edad su preparación y madurez para el inicio de la escuela.
 - Guiar las bases para una relación independiente entre el niño y el médico o enfermera de familia.
- En el escolar:
 - Evaluar el estado general de salud en este período de crecimiento lento y estable.
 - Orientar las inmunizaciones y procedimientos de pesquiasaje correspondientes a la etapa.
 - Evaluar el ajuste del niño a la escuela.
 - Evaluar el funcionamiento social del niño.
 - Evaluar en los escolares de mayor edad la aparición de signos puberales y explicar a niños y familiares los cambios que se avecinan.
 - Promover una relación independiente entre el niño y el médico y enfermera de familia.
 - Promover en el niño el autocontrol de hábitos saludables relacionados con la dieta, el ejercicio, la seguridad, etc.

A continuación se muestra la tabla 49.7 con algunas acciones de consejería que se recomiendan según las edades.

Programa cubano de Atención Materno-Infantil

Tiene como propósito elevar el nivel de vida de la población y el grado de su satisfacción, mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación de la mujer embarazada o no, el niño y el adolescente.

Tabla 49.7. Acciones de consejería según edades

Edad	Consejería
Recién nacido	Lactancia materna, cólicos, estimulación, planificación familiar
2 meses	Lactancia materna, sueño, estimulación
6 meses	Prepararse para la ablactación
8 meses	Alimentación, sueño, estimulación
18 meses	Esfínteres, alimentación, sueño, disciplina, descontinuar teteros
24 meses	Esfínteres, alimentación, sueño, disciplina, descontinuar teteros, salud bucal
3 años	Alimentación, esfínteres, sueño, salud bucal
4 y 5 años	Inicio escuela, relación con los amigos, alimentación, sueño, salud bucal
6 años	Obesidad, deportes, salud bucal
7 a 9 años	Escolaridad, prepararse para la menarquia, obesidad, deportes, salud bucal
	En todos los grupos de edades se abordará la prevención de accidentes y la vacunación

Existe un número importantes de programas, solo se hará mención a algunos de los principales. Se recomienda ver los capítulos 44 “Vacunación/inmunización” y capítulo 48 “Atención prenatal”

Programa de desarrollo de la perinatología. Se basa en identificar los riesgos de la mujer antes de la concepción, durante el embarazo, parto y puerperio y al niño hasta los 28 días de edad.

Programa de inmunizaciones. Las enfermedades infecciosas previsibles por vacunas han registrado un evidente descenso en los últimos años y se ha logrado la eliminación de algunas enfermedades, de formas clínicas severas y de complicaciones graves. Se puede profundizar en el capítulos 44 “Vacunación/inmunización”.

Programa de pesquiasaje de hipotiroidismo congénito. Se basa en la determinación de la hormona tiroestimulante (TSH) en suero del cordón umbilical.

Se realiza toma de una muestra de sangre del cordón umbilical. Si la muestra tiene una concentración TSH superior a 25 mUI/L, se cita a la madre y se toma una nueva muestra del talón del recién nacido, la cual se utiliza para confirmar el diagnóstico mediante la determinación de TSH, de T4 o de ambas.

El objetivo es que los hipotiroideos detectados reciban inmediatamente tratamiento, del tal forma que el diagnóstico y el tratamiento precoz evitan la aparición del retraso mental severo que caracteriza a esta enfermedad.

Programa para la detección de la fenilcetonuria en recién nacidos. La fenilcetonuria es un error congénito

del metabolismo de los aminoácidos, producido por el déficit de la enzima fenilalanina hidroxilasa hepática, que trae como consecuencia un aumento de la fenilalanina y sus productos metabólicos en sangre, lo cual conduce a un retardo mental severo.

La detección de esta enfermedad en las primeras semanas de vida del recién nacido, permite establecer una dieta de bajo contenido en fenilalanina y, por tanto, evita el retraso mental y el resto de las manifestaciones clínicas de esta afección.

Los programas para la reducción del bajo peso al nacer, para la determinación de alfafetoproteína, para la prevención y atención médica de las hemoglobinopatías, de ultrasonografía y para el diagnóstico prenatal citogenético, véanse en el capítulo 48 “Atención prenatal”.

Bibliografía

- Álvarez Sintés, R. (2005). Salud Familiar. Manual del Promotor. 2da. ed. 3ra. reimpresión. Maracay. Ed. MSDS/IAESP/Misión Barrio Adentro/MES/Misión Sucre.
- American Academy of Pediatric. The American College of Obstetricians and Gynecologists (1997). Guidelines for perinatal care. APP/ACOG, Illinois. 4th ed.
- Cloherty, J.P., y A.R. Stark (1998). Manual of neonatal care. Lipincott-Raven Press, Philadelphia. 4th ed.
- Colectivo de autores (2012). Neonatología. Diagnóstico y tratamiento. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Córdova Vargas, L. (2011 reimpresión). Práctica pediátrica en Cuba. En Pediatría (De La Torre Montejo, E. y otros). Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Dueñas, E. (2000). Neonatología. En Colección Pediátrica. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, tomo 5.
- Gallego Machado, B.R. (2005). Objetivos de la consulta de puericultura. Grupo de atención integral al niño y adolescente sanos, La Habana.
- Hagan JF y Ducan PM (2009). Avances en salud infantil: Guías preventivas, detección selectiva y asesoramiento. En: Nelson. Tratado de pediatría. 18 Edición. Volumen II. Elsevier, Barcelona. pp. 27-31
- Jasso, I. (1995). Neonatología práctica. Editorial El Manual Moderno, México, D.F. 4th. ed.
- Jordán Rodríguez, J.R. (2004). Promoción y prevención de la salud. En De La Torre Montejo, E. y otros. Pediatría. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, tomo 2.
- Kliegman, R.M. (1996). El feto y el recién nacido. En Behrman, RE; Kliegman, RM y Arvin, AM. Nelson. Tratado de Pediatría Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, Madrid, 15a. ed. volumen 1. MINSAP. Cuba (2011). Anuario estadístico de salud. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- MINSAP. Cuba (2011). Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana.
- Valdés Lazo F; Ibargollen Negrin L, Machado Lubián MC; Martínez Corredera V. (2009). Programas para la atención médica al niño en Cuba. *Rev. cubana Pediatr*; 81 (Sup):108-12.



ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

*Indira Barcos Pina
Roberto Alvarez Sintés*

Concepto

La adolescencia es una etapa de trascendental importancia en la vida del ser humano, es un periodo entre la niñez y la edad adulta que se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente una fase de adaptación a los cambios corporales, sino de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

No existen parámetros precisos para establecer cuando se inicia o termina la adolescencia. La OMS adopta una propuesta basada en límites cronológicos y considera adolescente a toda persona que cumplió los 10 años y aún no ha cumplido los 20.

Clasificación

La adolescencia, como ya se dijo, es una etapa compleja y dentro de ese rango cronológico el desarrollo es diferente en cada adolescente, por lo que son significativamente marcadas las diferencias biológicas y psicológicas, de manera tal que considerar este grupo de edad como un “bloque” es incorrecto.

Por lo tanto, se han propuesto las subdivisiones o fases siguientes:

- Adolescencia temprana: entre los 10 y 14 años.
- Adolescencia tardía: entre 15 y 19 años. En esta fase se presenta el periodo que se conoce como “juventud”, que se desarrolla entre 15 y 24 años de edad.

Otros autores prefieren considerar tres etapas de la adolescencia:

- Temprana: entre 10 y 14 años.
- Intermedia: entre 15 y 16 años.
- Tardía: entre 17 y 19 años.

Particularidades de las etapas

Adolescencia temprana. Ocurren cambios biológicos, como aquellos que interesan al aparato reproductor, y se desarrollan los caracteres sexuales secundarios. En ambos sexos aparece el vello pubiano. En la hembra comienza la telarquia, y el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales internos; y en el varón el aumento testicular, los cambios de color y arrugamientos escrotales, y el crecimiento del pene. Como consecuencia de las transformaciones en los órganos sexuales se produce también un influjo hormonal generador de impulsos sicosexuales. En este periodo surgen, además, la necesidad de independencia, la impulsividad, la labilidad emocional, las alteraciones del ánimo y la búsqueda de solidaridad y comprensión entre pares, lo que se mezcla con necesidad sentida de apoyo de los padres, por lo que se generan ambivalencias que hacen de la relación padres-adolescentes, un reto.

El estirón puberal puede comenzar en esta etapa. En Cuba, suele aparecer la menarquía. También en el sexo masculino es posible que ya se suceda la eyacularquía. En otras ocasiones estos fenómenos se postergan a la fase siguiente, que termina alrededor de los 16 años. En esta continúan los cambios biológicos, entre los que el crecimiento estatural es acelerado, y si no se había producido, ocurre entonces el “estirón puberal” en los dos sexos, y tiene lugar el cambio de la voz en el varón. Para entonces, el adolescente, dotado de la capacidad biológica de ejercer su sexualidad y de experimentar sus primeras vivencias psicosexuales, es inmaduro psicológica y socialmente. En esta fase la imagen corporal es muy importante para el adolescente, por lo que es de gran interés resultar atractivo.

Es frecuente también que la interacción con los padres sea fuente de conflictos, por la lucha entre el adolescente que quiere alcanzar su propia identidad,

y los padres que le oponen resistencia. Importante adquisición es el desarrollo del pensamiento lógico abstracto. Las relaciones amorosas son inestables, el romanticismo e ímpetu del amor, extraordinarios, sin sustento en propiedades fundamentales. Son conductas propias de la edad la masturbación, los juegos sexuales y las relaciones íntimas, que en nuestro medio ocurren por debajo de los 18 años, lo que ha sido avalado por algunas investigaciones realizadas con este propósito y por criterios de expertos (Aliño Santiago, 2006).

Todo ello coincide con la etapa pospuberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad. Por ello la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo con el grupo social que se considere.

Adolescencia tardía. Se alcanzan los caracteres sexuales de la edad adulta, termina el crecimiento, hay aproximación a la familia y una mayor independencia. El grupo empieza a ser desplazado por la relación de pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye un sistema propio de valores y proyectos de vida.

En este periodo, se produce en la hembra la menarquia; en nuestro país se ha observado una tendencia a la aparición cada vez más temprana con una edad media de 13,01 años según el Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo.

Son frecuentes los accidentes graves y el suicidio. Estos están, por lo general directamente relacionados con la intensa actividad física y el esfuerzo emocional de esta edad, en particular en los varones. También son comunes la hiperalimentación o hipoalimentación por malos hábitos dietéticos, los trastornos de la visión, miopía, y el acné juvenil.

Las características biosociales de esta etapa se podrán consultar en el capítulo 25 “Crecimiento y desarrollo”.

Valoración sanitaria

Aplicando el enfoque clínico-epidemiológico y social, por intermedio de la dispensarización, comienza la atención integral al adolescente. Las etapas son las siguientes:

- Confección o actualización de la historia de salud familiar en la que se detecta la presencia del adolescente en la familia y la comunidad.
- Control médico periódico para determinar la presencia de factores de riesgo, enfermedades o secuelas que afecten la salud.

- Orientación de medidas terapéuticas, incluyendo acciones preventivas y promocionales en salud.
- Incorporación a círculos de adolescentes promovidos por el médico y enfermera de familia, y sustentados por los factores de la comunidad integrados en el consejo de salud o no.

Al aplicar el enfoque clínico-epidemiológico y social se tendrán en cuenta los elementos siguientes:

- Factores de riesgo.
- Morbilidad.
- Mortalidad.

Factores de riesgo. Los principales factores de riesgo a la salud del adolescente son:

- Hábito de fumar.
- Obesidad.
- Malos hábitos alimentarios.
- Sedentarismo.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Uso inadecuado de medicamentos.
- Conducta sexual inadecuada.
- Riesgo de accidentes.
- Riesgo preconcepcional.
- Deserción escolar.
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- Inadecuado empleo del tiempo libre.

Morbilidad y mortalidad. Son bajas y están relacionadas con las características de esta edad. En las tablas 50.1 y 50.2 aparecen las atenciones médicas por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en adolescentes y adultos jóvenes, y la prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes dispensarizados por algunas enfermedades, según edad y sexo, respectivamente, en Cuba en el año 2005.

Tabla 50.1. Atenciones médicas por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en adolescentes y adultos jóvenes

Edad (años)	Diarreicas agudas		Respiratorias agudas	
	Número	Tasa	Número	Tasa
10-14	62 247	78,2	436 059	548,1
15-24	96 976	62,7	523 131	338,1

Datos provisionales.

Tasa por 1 000 habitantes.

Fuente: Anuario Estadístico de Salud. Minsap, 2005.

Tabla 50.2. Algunas enfermedades, según edad y sexo

Grupos de edad	Diabetes mellitus			Hipertensión arterial			Asma		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
10-14	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	154,5	141,2	148,1
15-24	4,5	5,9	5,2	48,4	51,5	49,9	123,3	116,7	120,1

Datos provisionales.

Tasa por 1 000 habitantes del sexo y edad.

Fuente: Anuario Estadístico de Salud. Minsap, 2005.

En un reciente trabajo sobre la adolescencia, Aliño Santiago M. *et al.* (2006) exponen las principales causas de estos índices:

De morbilidad:

- Afecciones respiratorias y diarreicas agudas.
- Consumo de sustancias tóxicas: tabaquismo y alcoholismo.
- Conflictos amorosos.
- Crisis familiares.
- Rechazo del grupo.
- Deformaciones físicas.
- Como problemas de salud de los adolescentes están también los derivados de la práctica sexual no informada e irresponsable: ITS, aborto y maternidad/paternidad tempranas.

En la tabla 50.3 aparece la incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria en la niñez y adolescencia temprana en el año 2005 en Cuba.

De mortalidad. Las principales causas de muerte entre los adolescentes cubanos se agrupan como está recogido en la tabla 50.4, en ese orden: accidentes, tumores malignos, agresiones y lesiones autoinfligidas. En todos los casos las tasas han descendido notablemente del año 1970 al 2005.

La mortalidad materna ha mantenido niveles muy bajos en los últimos años, con la tendencia al decremento. Considerando los elementos antes mencionados y otros reportes, se pueden agrupar los problemas de salud en el adolescente de la manera siguiente:

- Afecciones estomatológicas: provocadas por la alta prevalencia de caries dentales: más del 90 % de los adolescentes las padecen.
- Afecciones ortopédicas:
 - Cifosis.
 - Escoliosis.
 - Pie plano.
 - Desprendimiento epifisiano, enfermedad de Os-goot-Schlater.

Tabla 50.3. Incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria en la niñez y adolescencia temprana

Enfermedad (años)	<1 año	1-14
Fiebre tifoidea	-	3
Meningitis meningocócica	1	6
Meningococemia	-	5
Sarampión	-	-
Rubéola	-	-
Varicela	388	17 910
Hepatitis viral aguda	42	10 930
Parotiditis	1	98
Mononucleosis infecciosa	5	181
Tos ferina	-	-
Tétanos	-	-
Tuberculosis	-	11
Casos notificados por 100 000 habitantes de la edad		
Fiebre tifoidea	-	0,1
Meningitis meningocócica	0,8	0,3
Meningococemia	-	0,2
Sarampión	-	-
Rubéola	-	-
Varicela	298,4	874,0
Hepatitis viral aguda	32,3	533,4
Parotiditis	0,8	4,8
Mononucleosis infecciosa	3,8	8,8
Tos ferina	-	-
Tétanos	-	-
Tuberculosis	-	0,5

Datos provisionales.

Fuente: Anuario Estadístico de Salud. Minsap, 2005.

– Alteraciones durante el desarrollo de los caracteres sexuales:

- Pubertad: período en que se desarrollan los caracteres sexuales somáticos y el que da comienzo a la actividad cíclica de la mujer.
- Menarquía: es la aparición de la primera menstruación y ocurre como un proceso de la pubertad.
- Nubilidad: surge a partir de que una mujer es fértil.
- Pubarquía: es la aparición del vello pubiano.

- Obesidad y ginecomastia.
- Trastornos menstruales.
- Desarrollo de los genitales.
- Acné juvenil.
- Trastornos en la adaptación psicosocial:
 - Trastornos de personalidad y de conducta.
 - Dificultades en el aprendizaje.
 - Ideas suicidas.
 - Hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas y otras adicciones.
 - Manifestaciones de prostitución.
 - Conducta sexual insegura.
 - Embarazo no deseado.
 - Falta de autoestima individual y subestimación familiar.
 - Vulnerabilidad a los accidentes: los más frecuentes son los de tránsito, como peatón, pasajero o como ciclista.

Tabla 50.4. Principales causas de muerte entre los adolescentes cubanos

Causas	Número de defunciones			
	1970	1980	2004	2005 *
Accidentes	398	550	209	212
Tumores malignos	107	140	87	71
Lesiones autoinfligidas				
intencionalmente	126	392	33	52
Agresiones	57	56	34	47
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	40	46	24	34
Tasa por 100 000 habitantes de 10 a 19 años				
Accidentes	25,3	23,8	12,5	12,9
Tumores malignos	6,8	6,1	5,2	4,3
Lesiones autoinfligidas				
intencionalmente	8,0	17	2,0	3,2
Agresiones	3,1	2,4	2,0	2,9
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,5	2,0	1,4	2,1

* Datos provisionales.

Fuente: Anuario Estadístico de Salud. Minsap, 2005.

Atención ginecológica a la adolescente

La adolescente debe contar con una atención médica integral a los problemas ginecológicos propios de esta edad. Los principales problemas son:

- Trastornos del desarrollo de las mamas.
- Alteraciones de la función menstrual.
- Vulvovaginitis.
- Orientación sobre anticoncepción.

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general, acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. Por lo tanto, los cuidados prenatales están determinados por los factores siguientes:

- El estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo énfasis en el estado nutricional.
- Mayor riesgo de anemia, toxemia, parto distócico, recién nacidos bajo peso y enfermedades genéticas.
- Alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización.
- Situación social de la embarazada adolescente, apoyo económico y emocional de su compañero sexual, lo que con frecuencia determina una respuesta de rechazo al embarazo y al futuro recién nacido.
- Necesidad de brindar todo el apoyo psicológico y social por parte del equipo de salud, familia y comunidad.

Intervención

En las diferentes etapas de la atención al adolescente es muy importante la dispensarización, ya que permite determinar las visitas de control y seguimiento en la consulta y el hogar. La dispensarización no es rígida, no es una “camisa de fuerza” y, por tanto, el médico puede variar la frecuencia de las visitas.

En la valoración al adolescente, la mayor parte de los autores recomiendan las acciones siguientes en el calendario de visitas: interrogatorio profundo al adolescente y a los padres, tutores o representantes, en caso de ser necesario. Es importante registrar el nombre del informador o de otras personas del ámbito doméstico que participen en el desarrollo del proceso de atención médica integral al adolescente.

El interrogatorio debe de incluir:

- Historia perinatal.
- Historia del desarrollo.
- Antecedentes de actividad y rendimiento.
- Enfermedades de la infancia.
- Vacunaciones.
- Medicaciones.
- Alergias.
- Afecciones o daños a la salud graves, enfermedad, lesión o accidentes.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Historia psicosocial.

El examen físico, es muy práctico, por sistemas, e incluye:

- General. El estado de salud general, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria acordes con

la edad, los cambios de peso, la presencia de fiebre, fatiga, o síntomas generales. A continuación se examinan los sistemas:

- Pulmonar.
- Cardiovacular.
- Neurológico.
- Gastrointestinal.
- Endocrino.
- Hematológico.
- Musculoesquelético.
- Renal/urinario.
- Reproductor.
- Tegumentario.
- Ojo, oído, nariz y garganta.
- Psicológico.

En el examen físico es muy importante la determinación de peso, talla, circunferencias cefálica y torácica, visión, audición, estado dental, tensión arterial, aspecto de los genitales externos, describir la postura, cualquier deformidad de la columna vertebral, el tórax o las extremidades, presencia de tics nerviosos, tartamudez, hábito de comerse las uñas y cualquier otra alteración psicológica.

Algunos autores e instituciones establecen la indicación y frecuencia de hemograma y orina, así como recomiendan la prueba del sida y el test de Papanicolau si existiera comportamiento sexual de riesgo.

Se observará el cumplimiento adecuado de la vacunación, acorde con las particularidades y esquemas de cada país (véase capítulo 44 “Vacunación/inmunización”).

Educación para la salud sobre: accidentes, sexualidad, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, nutrición, trastornos sociales y hábitos tóxicos, nocividad de hábito de fumar, exposición al humo del tabaco o cigarro, alcoholismo, drogadicción, prostitución, delincuencia, sedentarismo; práctica de ejercicio físico, higiene personal y ambiental; atención estomatológica, orientación familiar, y en general sobre los factores de riesgo para la salud personal, familiar y comunitaria.

Los controles se realizarán según corresponda y de acuerdo con la dispensarización. En estos siempre se valorará el riesgo y se facilitará la pesquisa de enfermedades ocultas. La frecuencia mínima de evaluaciones a los adolescentes, estipulada en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia (Minsap, 2011) se aborda en otro capítulo (véase capítulo 11 “Dispensarización”). Esto no excluye de facultades al médico de familia para planificar acciones de salud, manteniendo un correcto equilibrio entre consultas y terrenos, para influir, de esta forma, en la reducción de la morbilidad y mortalidad del adolescente de su comunidad.

La puericultura permitirá realizar un correcto registro y seguimiento de cada adolescente. Los objetivos, fundamentales son, entre otros, los siguientes:

- Promover cuidados generales de salud que incluyan atención a áreas de alto riesgo como son: actividad sexual, hábitos tóxicos, depresión, suicidio, violencia, accidentes, etc.
- Orientar sobre relaciones con sus congéneres, padres y resto de los familiares y progreso escolar.
- Estimular la independencia en la autoevaluación de la salud.
- Apoyar y aconsejar a los padres en la supervisión y orientación a sus hijos adolescentes.

Un elemento importante es la atención diferenciada a adolescentes con riesgos socioconductuales, a la categoría del grupo y a las relaciones con pares. Los círculos de adolescentes son un excelente espacio para la promoción de salud y la prevención de enfermedades y otros daños.

El médico de familia participa en el proceso de intervención para el desarrollo integral del adolescente, a través de:

- Mejoramiento de la infraestructura. Estimulando proyectos de colaboración y movilización de recursos internos, para el acondicionamiento de instalaciones juveniles y centros de la comunidad.
- Fomento del desarrollo de los recursos humanos de la comunidad. A partir de la incorporación de conocimientos y habilidades a los integrantes de las organizaciones y entidades comunitarias: FMC, CDR, Comisión de Prevención Social, PNR, Educación, Cultura, Deporte y líderes comunitarios, para que participen de forma activa en la preparación integral del adolescente.

Principales direcciones para el proceso de intervención con los adolescentes

- Realizar un diagnóstico adecuado de forma integral, de los problemas que, presentan los adolescentes, con el objetivo de lograr cambios en los hábitos y actitudes no deseados (Tabla 50.5).
- Crear círculos de adolescentes en correspondencia con los intereses, inquietudes, necesidades, motivaciones y preferencias, donde los adolescentes, a partir de la ganancia del liderazgo, ejerzan influencias positivas sobre sus respectivos grupos y contribuyan a la formación de valores ético-sociales.
- En estos círculos el médico de familia tiene una herramienta que le permite realizar una intervención promocional educativa y multiplicar los efectos positivos de las acciones sociales, desde un enfoque comunitario de salud integral, teniendo en cuenta que las exigencias que se plantean a los adolescentes están vinculadas con la sociedad y la época en que se desenvuelven.

- Involucrar y comprometer los diferentes elementos intersectoriales para desarrollar las potencialidades reales, individuales y colectivas de los adolescentes, al facilitar el desempeño gerencial de los líderes en la conducción de sus grupos. Será elegida la junta directiva de los círculos de adolescentes y estará integrada por ellos mismos. Pueden contar con presidente, vicepresidente, tesorero y otros miembros.
- Promover el desarrollo de posibilidades sociales que permitan un nivel de autoestima adecuado, e incrementar los conocimientos sobre:
 - Conducta sexual responsable.
 - Prevención de las caries dentales y las periodontopatías.
 - Educación formal y ética.
 - Estilos de vida poco saludables.
- ITS-sida.
- Riesgos de accidentes.
- Conducta escolar y laboral.
- Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.
- Orientación profesional.
- Prevenir a través de la pesquisa activa y el control dispensarial, la aparición de enfermedades y trastornos situacionales, para lograr una atención integral ante las conductas de riesgo.
- Fomentar en el Consejo Popular la creación de ambientes seguros para los adolescentes, con el objetivo de formar nuevos valores y crear nuevos intereses, con una repercusión educacional positiva en la familia y en la comunidad.

Tabla 50.5. Procedimientos preventivos y consejería recomendada

Monitoreo	Procedimiento	Consejería	Periodicidad
Hipertensión arterial	Medición de tensión arterial	Alimentación y actividad física	2 años
Obesidad y crecimiento	Peso/talla	Alimentación y actividad física	2 años
Cáncer de cuello uterino	Considerar citología cérvico vaginal si es sexualmente activa. Se recomienda cada 1 a 3 años a todas las mujeres con vida sexual activa a partir del primer coito	Factores de riesgo	
Planificación familiar	Grupos y círculos de adolescentes y actividad cara-cara	Métodos anticonceptivos	Anual
Salud bucal		Visita al estomatólogo	Anual
Accidentes		Prevención de accidentes	Anual
Vacunas	Vacunación	Según programa vigente	Anual
Psicosociales	Grupos y círculos de adolescentes y actividad cara-cara	Interacción en el hogar, estudio, empleo del tiempo libre, anticoncepción, seguridad contra accidentes (casco, cinturón), alcohol, drogas, suicidio	Anual

Los desafíos cardinales a afrontar y solucionar por los adolescentes abarcan el plano biológico, ético, social, de pareja y familiar, lo cual se favorece por un entorno adecuado, que contribuye al acceso paulatino a un agregado de adquisiciones que les permitan trascender el periodo satisfactoriamente.

Bibliografía

- Aliño Santiago, M., J.R., López Esquirol, R., Navarro Fernández. (2006). Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. *Rev. Cub Med Gen Integr* 2006; 22(1).
- Álvarez Sintés, R. (2005). Salud Familiar. Manual del Promotor. 2da. ed. Maracay. Ed. MSDS/IAESP/Misión Barrio Adentro/MES/Misión Sucre.
- Córdova Vargas, L. (2004). Práctica pediátrica en Cuba. En Torre Montejo, E. de la et al. *Pediatría*. Tomo 1. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- García Nápoles, J.E. (2001). Atención al adolescente. En Álvarez Sintés, R. et al., volumen I, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, pp.159-61.
- García Nápoles, J.E., R. Álvarez Sintés, D. Santiesteban Zaldívar, y M. García, (2000). *Manual para el médico y la enfermera de la familia*. Editorial AGCD, La Habana.
- Jordán Rodríguez, J.R. (2004): Promoción y prevención de la salud. En *Pediatría* (Torre Montejo, E. de la et al.). Editorial Ciencias Médicas, La Habana, tomo 2.
- Rigol Ricardo, O. et al. (1987-1995). *Medicina General Integral*, Editorial Pueblo y Educación, La Habana, tomo 2, p.140.
- Ministerio de Salud Pública. Cuba (2012): Anuario estadístico de salud. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública. Cuba (2000). Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2011). Programa del Médico y Enfermera de la Familia., MINSAP, La Habana.



ATENCIÓN AL ADULTO

Roberto Álvarez Sintés

Concepto

El grupo comprendido entre 20 y 60 años de edad se relaciona con la etapa plena de desarrollo humano, en la cual el individuo se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones, la traducción de valores ético-morales, la consecución y realización de los objetivos para el desarrollo integral de la sociedad, y la formación de la familia.

En el adulto, se presentan procesos de cambios en el comportamiento biológico, psicológico y social, y en esta etapa se consolida la madurez plena del individuo.

Particularidades por grupos de población

Dentro de la atención al adulto existen particularidades:

- Riesgo materno perinatal.
- Atención a la embarazada.
- Atención al trabajador.

Riesgo materno perinatal. Se consideran en este grupo a todas aquellas mujeres que se encuentran en edad fértil y presentan alguna condición biológica, psicológica o social capaz de repercutir desfavorablemente en un futuro embarazo. El objetivo de esta dispensarización es hacer profilaxis preconcepcional de la morbilidad y la mortalidad maternas y perinatales a través de acciones de salud realizadas con la mujer, su familia y la comunidad.

Atención a la embarazada. Las características, objetivos y acciones de seguimiento y control se desarrollan en el capítulo 48 “Atención prenatal”.

Atención al trabajador. El objetivo fundamental de esta atención es la protección de la salud de los

trabajadores contra los peligros producidos por el medio ambiente en que desempeñan sus funciones (véase capítulo 52 “Atención al trabajador”).

Valoración sanitaria

Aplicando el enfoque clínico-epidemiológico y social por intermedio de la dispensarización, comienza la atención integral al adulto. Las etapas son:

- Confección o actualización de la historia de salud familiar para detectar la presencia del adulto en la familia y la comunidad.
- Control médico periódico para determinar la existencia de factores de riesgo, enfermedades o secuelas que afecten la salud.
- Orientación de medidas terapéuticas, incluyendo acciones preventivas y promocionales en salud.

Al aplicar el enfoque clínico-epidemiológico y social se deben tener en cuenta los elementos siguientes: factores de riesgo, morbilidad y mortalidad.

Factores de riesgo. Los principales que afectan la salud del adulto son:

- Hábito de fumar.
- Obesidad.
- Malos hábitos alimentarios.
- Sedentarismo.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Uso inadecuado de medicamentos.
- Conducta sexual inadecuada.
- Riesgo de accidentes.
- Riesgo preconcepcional.
- Deserción laboral.
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- Inadecuado empleo del tiempo libre.

Morbilidad y mortalidad. Están relacionadas con las características de esta edad.

En las tablas 51.1 y 51.2 aparecen el número y la tasa de las atenciones médicas por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en adultos, y la prevalencia en adultos dispensarizados por algunas enfermedades, según edad y sexo en nuestro país en el año 2005.

Tabla 51.1. Atenciones médicas por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en adultos

Edad (años)	Enfermedades diarreicas agudas		Enfermedades respiratorias agudas	
	Número	Tasa	Número	Tasa
15 - 24	96 976	62,7	523 131	338,1
25 -59	230 618	39,8	1 193 972	206,1

Datos provisionales.
Tasa por 1 000 habitantes.

En la tabla 51.3 se puede ver la incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria en la adultez en Cuba en el año 2005.

Las principales causas de mortalidad aparecen en la tabla 51.4 (15-49 años de edad) entre los años 1970-2005; tabla 51.5 de (50-64 años) y en la tabla 51.6 se enumeran las causas de mortalidad por seis grandes grupos según la edad entre los años 1988 y 2005.

Intervención

En la atención al adulto es muy importante la dispensarización, ya que permite determinar las visitas de control y seguimiento en la consulta y el hogar. Como se ha manifestado, la dispensarización no es rígida, no es una “camisa de fuerza” y, por tanto, el médico puede variar su frecuencia.

En la valoración médica al adulto, la mayor parte de los autores recomiendan las acciones siguientes en el calendario de visitas:

Interrogatorio profundo. Se incluyen los antecedentes patológicos familiares y personales, la historia actual de la enfermedad, del riesgo y de la salud, y los antecedentes psicosociales, medicaciones y tratamiento.

Examen físico. Debe ser muy práctico, por sistemas y debe incluir:

- General: el estado de salud general, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria acorde con la edad, los cambios de peso, la presencia de fiebre, fatiga, o síntomas generales. Toma de la talla y los signos vitales.
- A continuación examen físico por sistemas:
 - Ojo, oído, nariz y garganta.
 - Respiratorio.
 - Cardiovascular.
 - Neurológico.
 - Gastrointestinal.
 - Endocrino.
 - Hematológico.
 - Músculo-esquelético.
 - Renal y urinario.
 - Reproductor.
 - Tegumentario.
 - Psicosociales, psiquiátricos y mentales.

En la valoración del adulto es muy importante la identificación de los factores de riesgo que aparecen en el patrón siguiente:

Patrón para la identificación del riesgo:

- Riesgo de cáncer bucal:
 - Dientes filosos.
 - Prótesis mal ajustada.
 - Hábito de fumar.
 - Gingivitis.
 - Lesiones de la mucosa bucal.

Tabla 51.2. Adultos dispensarizados por algunas enfermedades, según edad y sexo

Grupos de edad (años)	Diabetes mellitus			Hipertensión arterial			Asma		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
15-24	4,5	5,9	5,2	48,4	51,5	49,9	123,3	116,7	120,1
25-59	19,4	31,2	25,3	183,2	216,4	199,9	57,4	74,3	65,9

Datos provisionales.
Tasa por 1 000 habitantes del sexo y la edad.

Tabla 51.3. Incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria en la adultez

Enfermedad	15 años y más
Fiebre tifoidea	1
Meningitis meningocócica	7
Meningococemia	5
Sarampión	-
Rubéola	-
Varicela	7 066
Hepatitis viral aguda	12 252
Parotiditis	248
Mononucleosis infecciosa	39
Tos ferina	-
Tétanos	-
Tuberculosis	721
Casos notificados por 100 000 habitantes de edad	
Fiebre tifoidea	0,0
Meningitis meningocócica	0,1
Meningococemia	0,1
Sarampión	-
Rubéola	-
Varicela	77,8
Hepatitis viral aguda	135,0
Parotiditis	2,7
Mononucleosis infecciosa	0,4
Tos ferina	-
Tétanos	-
Tuberculosis	7,9

Datos provisionales.

Tabla 51.4. Principales causas de mortalidad entre 15 y 49 años (1970-2005)

Causas	Número de defunciones			
	1970	1980	2004	2005 *
Tumores malignos (C00-C97)	1 110	1 235	1 923	1 857
Accidentes (V01-X59, Y85-Y86)	1 483	1 796	1 286	1 276
Enfermedades del corazón (I05-I52)	842	1 115	1 075	1 074
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84, Y870)	594	1 377	699	630
Agresiones (X85-Y09, Y871)	273	268	549	566
Tasa por 100 000 habitantes de 15 a 49 años				
Tumores malignos	28,0	25,1	31,6	30,4
Accidentes	37,4	36,6	21,2	20,9
Enfermedades del corazón	21,2	22,7	17,7	17,6
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	15,0	28,0	11,5	10,3
Agresiones	6,9	5,5	9,0	9,3

* Datos provisionales.

Tabla 51.5. Principales causas de mortalidad entre 50 y 64 años (1970-2005)

Causas	Número de defunciones			
	1970	1980	2004	2005 *
Tumores malignos (C00-C97)	2 407	2 585	4 696	4 724
Enfermedades del corazón (I05-I52)	2 444	2 872	3 394	3 514
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	896	1 046	1 210	1 238
Influenza y neumonía (J09-J18) **	260	292	378	545
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	-	-	530	538
Tasa por 100 000 habitantes de 50 a 64 años				
Tumores malignos	262,4	247,7	277,2	271,8
Enfermedades del corazón	266,5	275,2	200,3	202,2
Enfermedades cerebrovasculares	97,7	100,2	71,4	71,2
Influenza y neumonía	29,5	28,0	22,3	31,4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	-	-	31,3	31,0

* Datos provisionales.

** En los años 1970 y 1980 no se incluye bronconeumonía hipostática.

Tabla 51.6. Causas de mortalidad por seis grandes grupos según la edad entre los años 1988 y 2005

Causas**	Grupos de edad					Total	
	0-4	5-14	15-39	40-64	65 y más	Bruta	Ajustada
1988							
Enfermedades transmisibles	71,7	4,2	3,9	20,5	350,3	42,7	38,8
Tumores	6,8	5,2	13,7	170,5	955,3	127,5	115,8
Enfermedades del sistema circulatorio	4,2	1,5	13,4	244,1	2 618,6	284,4	251,0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	113,6	0,2	0,0	-	-	9,4	8,4
Causas externas	29,6	24,0	78,6	81,2	229,7	79,6	74,5
Otras causas	110,1	10,6	28,0	172,8	1 318,7	174,5	158,8
Total	322,8	44,8	133,4	623,1	4 920,3	653,0	594,6
2005*							
Enfermedades transmisibles	26,1	1,6	5,5	28,7	560,9	73,9	44,4
Tumores	4,5	4,8	15,2	178,4	1 022,7	172,7	116,4
Enfermedades del sistema circulatorio	4,4	1,0	9,9	178,5	2 267,6	306,0	188,2
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	44,0	0,2	0,1	0,0	-	2,8	3,3
Causas externas	11,9	10,0	40,2	50,5	253,6	61,0	45,4
Otras causas	49,7	5,6	18,7	103,9	864,5	137,1	91,0
Total	140,6	23,2	89,6	540,0	4 969,4	753,5	488,7

* Datos provisionales.

** Causas 1988 según lista 661 de OPS y 2005 según lista 667 de OPS.

Tasa por 100 000 habitantes.

Tasa ajustada por edad, población tipo según el censo de 1981.

- Riesgo de cáncer del pulmón:
 - Fumadores.
 - EPOC.
 - Alérgenos externos.
 - Hombres de 50 años y más.
- Riesgo de cáncer de mama:
 - Displasia.
 - Antecedentes familiares de cáncer de mama.
 - No lactancia materna.
 - Tratamiento con estrógenos.
- Riesgo de cáncer de próstata:
 - Hombres de 45 años y más.
 - Antecedentes familiares de cáncer de próstata.
- Riesgo de cáncer de colon:
 - Trastornos gastrointestinales sistemáticos.
 - Parasitismo intestinal.
 - Constipación crónica.
- Riesgo de cáncer de cervicouterino:
 - Antecedentes familiares.
 - Inflamación pélvica crónica.
 - Útero fibroso.
- Riesgo de enfermedades no transmisibles:
 - Obesidad.
 - Hábito de fumar.
 - Sedentarismo.
 - Hipercolesterolemia.
- Riesgo suicida:
 - Alcohólicos.
 - Crisis y desatención familiar.
 - Antecedentes de intento suicida.
 - Trastornos psiquiátricos.
- Riesgo de accidentes:
 - Del hogar.
 - Del tránsito.
 - Del trabajo.
- Riesgo preconcepcional:
 - Factores biológicos.
 - Factores socioambientales.
 - Antecedentes obstétricos.
 - Enfermedades asociadas.

El equipo del médico y enfermera de familia realizan una valoración integral del medio familiar en el que se desenvuelven los adultos, teniendo en cuenta su interrelación con el resto de los integrantes de la familia en su rol para la formación y desarrollo del ciclo vital.

Factores de riesgo asociados a las enfermedades con elevada prevalencia

Una descripción de factores de riesgo asociados a las enfermedades con elevada morbilidad y mortalidad son:

- Cáncer de pulmón:
 - Antecedentes familiares.
 - Tabaquismo.
 - Exposición: asbesto, sílice y arsénico.
- Cáncer de próstata:
 - Edad mayor de 50 años.
 - Antecedentes familiares.
 - Raza negra.
 - Dieta hipergrasa.
 - Obesidad (probable).
- Cáncer de colon:
 - Antecedentes familiares.
 - Colitis ulcerosa.
 - Enfermedad de Crohn.
 - Poliposis familiar.
 - Dieta hipergrasa y baja en fibras.
 - Alcohol (probable).
- Cáncer de mama:
 - Edad mayor de 50 años
 - Antecedentes familiares de primer grado
 - Menarquia precoz
 - Menopausia tardía.
 - Primer embarazo tardío.
 - Terapia de reemplazo hormonal prolongada.
 - Anticonceptivos orales en mayores de 20 años por más de cinco años.
 - Exposición a radiaciones.
 - Ooforectomía bilateral
- Cáncer de cuello uterino:
 - Relación sexual precoz.
 - Múltiples compañeros sexuales.
 - Pareja promiscua.
 - Infección por virus de papiloma humano.
 - Tabaquismo.
 - Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.
 - Multiparidad.
 - Falta de higiene personal.
- Cáncer de endometrio:
 - Nuliparidad.
 - Obesidad.
 - Síndrome de ovario poliquístico.
 - Menarquia temprana.
 - Menopausia tardía.
- Terapia de reemplazo hormonal prolongada.
- Anticonceptivos orales en mayores de 25 años por más de 5 años.
- Antecedente familiar o personal de cáncer de mama ovario.
- Radioterapia pélvica.
- Enfermedad coronaria:
 - Hombres mayores de 45 años.
 - Mujeres mayores de 55 años o menopausia precoz sin terapia de reemplazo hormonal.
 - Antecedentes familiares de enfermedad coronaria precoz.
 - Tabaquismo.
 - Hipertensión arterial.
 - Dislipidemia.
 - Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial:
 - Antecedentes familiares.
 - Tensión normal alta.
 - Obesidad.
 - Dieta hipersódica.
 - Sedentarismo.
 - Alcoholismo.
 - Color de la piel negro.
- Enfermedad cerebrovascular:
 - Edad avanzada.
 - Sexo masculino.
 - Antecedente familiar.
 - Color de la piel negro.
 - Hipertensión arterial.
 - Enfermedad coronaria.
 - Accidente isquémico previo.
 - Policitemia.
 - Diabetes mellitus.
- Diabetes mellitus tipo II:
 - Antecedentes familiares.
 - Obesidad.
 - Historia de diabetes gestacional.
 - Macrofeto al nacer.
 - PTG alterada.
 - Dislipidemia.
 - Hipertensión arterial.
 - Sedentarismo.
- Osteoporosis:
 - Menopausia precoz.
 - Menopausia quirúrgica.
 - Primeros 10-20 años posmenopausia.
 - Dieta pobre en calcio.
 - Alcoholismo.

- Tabaquismo.
 - Uso de esteroides y diuréticos.
 - Inmovilización prolongada.
- Anemia:
- Bajo nivel socio económico.
 - Ancianos.
 - Personas institucionalizadas.
 - Enfermedades crónicas.
 - Niños no alimentados con lactancia materna.

- Citología de detección selectiva del cuello uterino: cada 1 a 3 años a todas las mujeres con vida sexual activa a partir del primer coito.
- Vacunación de recuerdo del tétanos: cada 10 años.
- Vacunación y antigripal: cada año en los adultos mayores de 65 años.
- Asesoramiento. Sobre el valor de medidas tales como dejar de fumar, uso cinturones de seguridad, y limitar el consumo de alcohol.
- Tacto rectal: a todo hombre mayor de 50 años de edad.
- Sangre oculta en heces fecales o rectosigmoidoscopia: cada 5 años comenzando a los 50 años de edad.

Pesquisaje de enfermedades

Su objetivo básico es detectar un problema de salud en una etapa en que las acciones pudieran tener mayor efectividad. Se recomienda estudiar el capítulo 44 “Pesquisa activa”.

Actualmente existe variada información en la literatura médica mundial sobre las medidas preventivas. Muchas de estas son potencialmente eficaces, sin embargo son pocas las validadas con datos definitivos. Cada país y cada área de salud debe determinar las prioridades de unas u otras; por supuesto, cada equipo de salud analiza si una medida de eficacia discutida está justificado aplicarla a la población de sus pacientes según las circunstancias específicas y puede optar por incorporarla a su tarea. Las más utilizadas son las siguientes:

- Tensión arterial: determinarla al menos cada 2 años. En Cuba se recomienda anual.
- Examen anual de las mamas: debe realizarla el médico a pacientes mayores de 40 años de edad. En Cuba se recomienda a partir de 30 años.
- Prueba de colesterol sérico: se hará cada 5 años en los adultos y ancianos.
- Mamografía anual: en mujeres a partir de los 50 años. En Cuba se recomienda cada 2 o 3 años.

Es muy importante la vacunación, y se hará según las particularidades y esquemas de cada país (capítulo 45 “Vacunación/inmunización”).

Se ofrecerán orientaciones sobre nutrición, actividad física, hábitos tóxicos, salud bucodental y atención estomatológica, educación sexual, planificación familiar y anticoncepción, higiene personal y ambiental, prevención de accidentes, exposición al sol, humo del cigarro, drogas y orientación familiar, entre otros (Tabla 51.7).

Los controles se realizarán según corresponda, de acuerdo con la dispensarización. En estos, siempre se valorará el riesgo para facilitar la pesquisa de enfermedades ocultas. En el capítulo 11 “Dispensarización” se expone la frecuencia mínima de evaluaciones estipulada en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia (2011) en Cuba. En este documento se dan facultades al médico de familia para planificar acciones de salud, manteniendo un correcto equilibrio entre consultas y terrenos, y con ello influir, de forma importante, en la reducción de la morbilidad y mortalidad en la edad adulta.

Tabla 51.7. Procedimientos preventivos y consejería recomendada

Monitoreo para:	Procedimientos	Consejería	Periodicidad
Enfermedad coronaria	Lipidograma colesterol total	Alimentación, actividad física y evitar tabaquismo	1-2 años
Hipertensión arterial	Toma de tensión arterial	Alimentación, actividad física y evitar tabaquismo	Anual
Obesidad	Peso –IMC	Alimentación, actividad física	Anual
Diabetes mellitus Tipo II	Glicemia en ayuno para población de riesgo		3 años
Cáncer de cuello uterino	Citología cérvico vaginal	Factores de riesgo	Cada 1 a 3 años a todas las mujeres con vida sexual activa a partir del primer coito. En Cuba se recomienda cada 3 años en mujeres de 25 a 64 años.

Tabla 51.7. Procedimientos preventivos y consejería recomendada (Continuación)

Monitoreo para:	Procedimientos	Consejería	Periodicidad
Cáncer de mama	Examen de mama	Autoexamen mensual Examen por el médico anual	
Sida	VIH	Evitar promiscuidad Usar preservativos Evitar drogas No compartir agujas	Según criterio médico
Accidentes		Uso de cinturón de seguridad, casco y no ingerir alcohol	Anual
Salud bucal		Cepillado dental y visita al estomatólogo	Anual
Planificación familiar		Métodos anticonceptivos	Anual
Sordera	Agudeza auditiva para población de riesgo	Uso de protectores auditivos	Anual
Psicosocial		Matrimonio, maternidad- -paternidad	Anual

Bibliografía

Álvarez Sintés, R. (2005). Salud Familiar. Manual del Promotor. 2da ed., Ed. MSDS/IAESP/Misión Barrio Adentro/MES/Misión Sucre Maracay.

García Nápoles, J.E. (2001). Atención al adulto. En Álvarez Sintés R. *et al.* Temas de Medicina General Integral, volumen I. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.

García Nápoles, J.E., R., Álvarez Sintés, D., Santiesteban Zaldívar, y R., Marina García (2000). Manual para el médico y la enfermera de la familia. Editorial AGCD, La Habana.

Ministerio de Salud Pública. Cuba (2001). Carpeta Metodológica para la APS. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.

MINSAP. Cuba (2011). Anuario estadístico de salud. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.

MINSAP. Cuba (2011). Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana.

Capítulo 52



ATENCIÓN AL TRABAJADOR

Laritzza Paula Rodríguez Rodríguez

Los trabajadores forman un grupo muy importante de la población y su salud es esencial para lograr una vida económicamente productiva, lo cual constituye una de las aspiraciones enunciadas en la meta social de “Salud Para Todos en el año 2000” y hasta el 2010.

Muchas actividades agrícolas e industriales pueden producir efectos secundarios perjudiciales para la salud. La atención primaria de salud tiene una función que desempeñar en la mayoría de estas actividades, tanto orientadora, educacional como protectora de los individuos que forman parte de la comunidad a la cual sirve; es la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo 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; forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, 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 dicho sistema, y lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, para mejorar de forma gradual las condiciones y la calidad de vida.

Factores de la tríada en la salud ocupacional

La interacción de estos factores o la presencia de uno de ellos o más son los responsables de los accidentes o enfermedades del trabajo.

No cabe duda de que la organización y el ambiente de trabajo, así como las condiciones técnicas laborales repercuten en el desempeño del trabajo, la salud y la

satisfacción en el empleo. Los factores de riesgo pueden conducir a una ruptura del equilibrio del sistema económico hombre-trabajo y de los subsistemas hombre-máquina, hombre-ambiente y hombre-hombre, y pueden causar accidentes, enfermedades profesionales y otras relacionadas con el ambiente laboral.

Además de los factores que menoscaban la salud de la población en general, con frecuencia los trabajadores están expuestos a factores de producción peligrosos y nocivos riesgos, y se clasifican en:

- Físicos: mecánicos y no mecánicos.
- Químicos: gases, vapores, líquidos y sólidos.
- Biológicos: agentes animados y agentes inanimados, reino animal y vegetal.
- Psicológicos: condiciones de trabajo y susceptibilidad individual.
- Ergonómicos: inadaptación del puesto de trabajo al hombre.

Dentro de los riesgos físicos mecánicos están: traumatismos o accidentes, y presión aumentada o disminuida. Además, existen los factores de ruido, vibración, radiaciones, iluminación, microclima, ventilación, presión atmosférica y electricidad, los cuales son llamados factores físicos no mecánicos.

Definiciones para determinación y estudio de los riesgos

Causalidad. Relación entre la causa y el efecto.

Causa. Elemento que produce el fenómeno, accidente. Pueden ocurrir hechos individuales o colectivos.

Condiciones. Fenómenos que existen en conjunto con la causa en el espacio y en el tiempo, que no producen efecto, pero que influyen en la causa.

Peligro. Grado que tiene un riesgo de convertirse en causa.

El accidente de trabajo es un hecho repentino relacionado causalmente con la actividad laboral, que produce lesiones al trabajador o su muerte (véase capítulo 93 “Accidentes”).

Elementos para determinar un accidente de trabajo

Existen elementos importantes para determinar si un hecho constituye un accidente de trabajo. Estos son los siguientes:

- Hecho repentino: acción súbita relacionada causalmente con la actividad laboral.
- Relación causal: nexo de causalidad necesaria y condiciones existentes.
- Actividad laboral: vínculo entre el hecho y la actividad laboral, pues de no existir este, el accidente no sería de trabajo.
- Lesión: se requiere aparición de lesión, sea incapacitante o no; cuando no exista, este no es un accidente de trabajo, sino una interrupción u otro caso.
- Investigación de accidentes: tiene múltiples objetivos, pero el propósito fundamental es hallar sus causas a fin de adoptar las medidas adecuadas. En lo esencial, toda investigación debe de dar respuesta a las preguntas siguientes:
 - ¿Quién resultó lesionado?
 - ¿Qué ocurrió y qué factores contribuyeron a que ocurriera?
 - ¿Cuándo sucedió el accidente?
 - ¿Por qué sucedió el accidente?
 - ¿Cómo puede impedirse que un accidente similar se repita?

Fases para elaborar planes de medidas de prevención

Los planes de medidas de prevención requieren un estudio prospectivo que se divide en las fases siguientes:

- Fase organizativa: reunión de factores de la empresa para la elaboración del programa de trabajo.
- Fase de diagnóstico: análisis del estado actual, estudios anteriores, documentación técnica, etc.
- Evaluación de las condiciones: puntos esenciales, soluciones y propuestas.
- Evaluación y discusión del plan de medidas: medidas y alternativas de solución, y jerarquización de los puestos.
- Aplicación, control y evaluación: ejecución de las medidas, evaluaciones económica y técnica, y generalización a puestos de trabajo similares.

Principales índices de accidentabilidad

La valoración de la accidentabilidad en determinados periodos y áreas puede efectuarse tomando los criterios siguientes: cantidad de accidentes y consecuencias de estos.

Índice de incidencia. Panorámica de la accidentabilidad:

$$II = N (P \cdot K)$$

N: número de accidentes de obligatoria información lesiones incapacitantes en el periodo.

P: cantidad promedio de trabajadores en ese periodo.

K: constante = 1 000.

Índice de frecuencia. No deben incluirse los accidentes de trayecto, sino las horas reales de trabajo:

$$IF = N (No \cdot K)$$

N: número de accidentes con lesiones incapacitantes en un periodo determinado.

No: horas hombre trabajadas en ese periodo.

K: constante = 1 000 000.

Índice de gravedad. Brinda una idea del tiempo medio de discusión de cada accidente.

Jornadas perdidas

$$I_g = \frac{\text{Jornadas perdidas}}{\text{No. de horas-hombre trabajadas}} \cdot 10^6$$

En Cuba, no se utiliza este índice de gravedad. El movimiento obrero, a los efectos de los indicadores de emulación, utiliza como índice de gravedad el siguiente:

$$I_g = \frac{\text{No. de jornadas perdidas}}{\text{No. de accidentes}}$$

Medios técnicos de protección

Los medios técnicos de protección evitan o disminuyen la influencia de los riesgos en los trabajadores. Se clasifican según su empleo, en medios de protección colectiva y medios de protección individual:

- Medios de protección colectiva: impiden que el trabajador o alguna parte de su cuerpo, se ponga en contacto con el punto o zona peligrosa. Se agrupan en resguardos y dispositivos de seguridad, en función de la naturaleza operativa o protectora.
- Medios de protección individual: la protección del individuo debe considerarse como la última medida a aplicar y se prescribirá después de haber agotado

todas las posibilidades de corrección del riesgo. Estos son los que protegen al trabajador personalmente de un daño o riesgo.

Requisitos para seleccionar medios de protección individual

- Localización de los riesgos existentes.
- Características del riesgo.
- Parte o partes del cuerpo a proteger.
- Información sobre su uso y efecto de protección.

Ramas de la economía con mayores riesgos

- Industria azucarera: sector agrícola, del transporte e industrial.
- Industria minera: para su identificación hay que observar el tipo de mina, cielo abierto o subterránea, productos que se obtienen, metálicos, no metálicos o combustible y tipo de proceso, extracción o minados y beneficios.
- Industria pesquera: están expuestos, además, a las condiciones meteorológicas.
- Agricultura: los sectores agropecuario y forestal son las ramas de la actividad del mundo, en general, que emplean más personal, poseen mayor contacto con animales y plantas, y también están más expuestos a las condiciones meteorológicas.
- Construcción: sector de la producción de materiales y sector de la construcción de obras o sector abierto.
- Industria textil: fibra suave o dura, o una fibra artificial, sintética.
- Industria metalúrgica. altas temperaturas, ruido y productos químicos.

Las industrias textiles y metalúrgicas, por lo general, solo poseen riesgos físicos y químicos.

Existe otra clasificación de riesgo, según su repercusión legislativa, la cual se ejemplifica con un trabajador agrícola:

- Los específicos del trabajo y que afectan únicamente a los trabajadores. Por ejemplo: improvisación tradicional en el trabajo.
- Los que son principalmente profesionales, pero que pueden ser transmitidos a otros miembros de la familia del trabajador. Por ejemplo: parasitismo intestinal u otras enfermedades infecciosas.
- Los que son fundamentalmente problemas comunitarios, pero que pueden verse agravados por factores específicos de trabajo profesional. Por ejemplo: el

uso, en ciertos países, de heces humanas como fertilizantes, exposición a los insectos, el analfabetismo, la pobreza y otros.

Clasificación de los riesgos ocupacionales

Se pueden clasificar según los factores a que estén expuestos, por ejemplo: en una industria azucarera se agruparían a los trabajadores expuestos a riesgos físicos, después a los de riesgos químicos, y por último a los de riesgos biológicos y psicofísicos, si los hubiera.

Otros controlan los riesgos por departamentos y dentro de estos los clasifican, según los factores peligrosos o nocivos. Esto ayuda a planificar el número de controles médicos periódicos anuales que se le realizará a cada trabajador, según su exposición.

Chequeo médico al trabajador

Existen tres tipos de chequeos médicos dirigidos a los trabajadores, ellos son:

- Preempleo. Recomendables antes del comienzo del trabajo o dentro de los primeros 30 días laborables.
- Periódicos. Según la exposición, se le indican las fechas de la periodicidad.
- Reintegro al trabajo. Después de un certificado o de un peritaje médico temporal.

Objetivos del examen médico preempleo

Pretende valorar la capacidad para el trabajador en general y, específicamente, su aptitud físico-mental, para el desempeño de las faenas que corresponden al puesto que desea ocupar, así como las predisposiciones a los accidentes y enfermedades que pueden producirse como consecuencia de la actividad laboral.

Deben cumplir los requisitos siguientes:

- Diagnóstico de las enfermedades transmisibles que puedan afectar la salud de los demás trabajadores.
- Investigar si existen estados patológicos personales.
- Realizar el examen clínico y diagnóstico.
- Practicar los medios auxiliares diagnósticos.
- Valorar la capacidad física y funcional.
- Realizar la historia ocupacional.
- Chequear inmunizaciones.
- Realizar recomendaciones higiénico-dietéticas y terapéuticas pertinentes.
- Determinar la aptitud del trabajador para desarrollar su actividad, sin riesgo para él o para sus compañeros.

Por último se realiza el informe sobre aptitud ante el trabajo a realizar, que indica:

- El nombre del trabajador, ocupación y departamento o lugar de trabajo.
- Fecha del examen médico.
- Si el diagnóstico médico determinó:
 - Apto.
 - Apto con limitación.
 - No apto temporalmente.
 - No apto permanentemente para ese puesto de trabajo.
- Firma del médico, y nombre y apellidos de este.
- Cuño de la unidad donde se realizó el examen médico.

Objetivo del examen médico periódico

El objetivo de este examen es verificar, a los efectos de la permanencia en el tipo de labor que se halla realizando el trabajador, si este se encuentra capacitado física y mentalmente para continuar en el puesto de trabajo.

Al examinar al trabajador, el médico debe considerar el trabajo que este viene realizando y los cambios fisiopatológicos experimentados en su organismo, en relación con los exámenes anteriores.

Debe cumplir los requisitos siguientes:

- Descubrimiento precoz de enfermedades e intoxicaciones personales.
- Control médico de seguridad.
- Propuesta de cambios de puesto de trabajo a la Comisión de Peritaje Médico.
- Prevención de enfermedades transmisibles.
- Descubrimiento de afecciones crónicas.

Objetivo del examen de reintegro al trabajo

Determinar si se ha curado satisfactoriamente el trabajador o si ha quedado algún grado de invalidez definitiva o temporal, e incorporarlo a la sociedad en el caso de la cura satisfactoria, para mejorar su bienestar psíquico y económico, y siga siendo útil.

El cambio de un puesto de trabajo temporal o permanente, solo está autorizado legalmente por una Comisión de Peritaje Médico, al igual que la reincorporación posperitaje.

Normas de protección e higiene del trabajo

Cuba cuenta con el Sistema de Normas de Protección e Higiene del Trabajo que garantiza la seguridad del trabajo, la conservación de la salud y la capacidad

laboral al hombre en el proceso productivo. Este conjunto de normas sirve de base jurídica a la inspección estatal y sindical, y está estructurado de acuerdo con su contenido (Tabla 52.1).

Tabla 52.1. Estructura de las normas para la protección e higiene del trabajo

Grupo	Denominación
0 0	Normas básicas
0 1	Factores de producción peligrosos y nocivos
0 2	Requisitos generales de seguridad para los medios de trabajo
0 3	Requisitos generales de seguridad para los procesos de producción
0 4	Requisitos para los medios de protección a los trabajadores
0 5	Requisitos de protección e higiene para las edificaciones y otros

NC 19 01 04:80 SNPTH. Ruido. Requisitos generales higiénicos sanitarios.

NC 19 04 18:81 SNPTH. Gruas, colores para la señalización de elementos peligrosos y otras.

Discapacidad en el trabajador

Concepto

La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto al rendimiento funcional y de la actividad habitual que el trabajador realiza. Es la disminución de la función y la pérdida de la capacidad, habilidad o destreza para realizar, quizá la misma actividad u otra nueva (véase capítulo 84 “Atención al paciente deficiente, discapacitado y minusválido”).

Para un mejor entendimiento de las diferentes afectaciones de los trabajadores, se deben tener en cuenta las definiciones siguientes:

- Deficiencia: pérdida o anormalidades de la estructura corporal, de la función de un órgano, sistema o de la fuerza.
- Incapacidad: refleja las consecuencias de la deficiencia, en cuanto al rendimiento funcional y la actividad del individuo; constituye una perturbación para la persona. Puede ser temporal o permanente.
- Minusvalía: es el resultado de la deficiencia y la incapacidad. Refleja las relaciones del individuo con su entorno y su adaptación a este; es decir, las desventajas sociales, tanto laborales, familiares como educacionales.
- Impedido: persona con limitaciones para poder desarrollar una actividad específica en la vida cotidiana o en la esfera del trabajo, debido a una disminución de su capacidad física o mental.

- Desventaja profesional: limitación que presenta un trabajador para desempeñar su profesión. Por ejemplo, un pianista que se le amputen las manos.
- Inválido: toda persona que no pueda adquirir ni mantener un trabajo por presentar disminución marcada o pérdida de su capacidad física o mental.
- Invalidez: estado de incapacidad en que se encuentra una persona después de pasado el periodo agudo de una enfermedad o accidente. Esta puede ser:
 - Temporal: parcial o total.
 - Permanente: parcial o total.

La severidad de la invalidez va a estar condicionada por los factores contextuales:

- Ambientales: una sociedad con barreras.
- Personales: baja disponibilidad de ayuda.

Existen diversos grados de discapacidad según las funciones:

Grado I: *discapacidad nula*. La deficiencia no limita las actividades de la vida diaria (AVD) o laboral.

Grado II: *discapacidad leve*. Presenta alguna dificultad en las actividades de la vida diaria o laboral.

Grado III: *discapacidad moderada*. Imposibilidad o disminución para alguna actividad de la vida diaria o laboral.

Grado IV: *discapacidad severa*. Disminución importante e imposibilidad para la mayoría de las AVD, incluyendo su actividad laboral.

Grado V: *discapacidad grave*. Imposibilidad para todas las actividades de la vida diaria y laboral.

Etiología

Puede ser:

- Congénita:
 - No tiene que ver con el trabajo.
 - Accidentes del trabajo, de ida o regreso al hogar.
- Adquirida:
 - Enfermedades comunes invalidantes.
 - Enfermedades profesionales invalidantes.

Tipos

- Discapacidad psíquica: provocada por algunas sustancias nocivas y estrés.
- Discapacidad física: por accidentes, enfermedad común o profesional.
- Discapacidad mental: por accidentes o sustancias nocivas.
- Discapacidad auditiva: hipoacusia por accidente del trabajo, enfermedad común o profesional.
- Discapacidad visual: accidente del trabajo, enfermedad común o profesional.

Factores de riesgo de discapacidad

- Predisponentes: alteraciones genéticas, biológicas, grado de inmunidad, nutricional, falta de equipos de protección personal y colectivo, edad, sexo, y estilo de vida.
- Facilitadores: grado de instrucción, ingresos reducidos, alimentación deficiente, asistencia médica insuficiente y no oportuna.
- Protectores: comunidad adecuada y segura, redes sociales, grado de información sobre discapacidad y su prevención.
- Potenciales: pobre autoestima, inestabilidad emocional, poca posibilidad laboral, barreras arquitectónicas y sociales, y tiempo de discapacidad sin tratamiento.

Consecuencias de la discapacidad para el trabajador y su familia

- No incorporación al mismo empleo.
- No recreación.
- Dependencia.
- Marginalidad en algunos países.
- Pobreza en algunos países.
- Morbilidad y mortalidad.

Estrategia de prevención de discapacidades

- Prevención primaria. Controlar o eliminar los factores causales o de riesgos.
- Prevención secundaria. Detener, retardar o eliminar el progreso de una enfermedad y sus secuelas.
- Prevención terciaria. Reducir las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos y facilitar la adaptación de los pacientes a enfermedades incurables.

Rehabilitación al trabajador

La atención completa al trabajador contempla la prevención, curación y rehabilitación de las afectaciones o secuelas provoca por accidentes o enfermedades profesionales o comunes, sin olvidar el carácter eminentemente preventivo de la atención primaria de salud (ver capítulos 43 “Factores de riesgo y enfoque preventivo” y 117 “Alteraciones de los lípidos”).

La rehabilitación, como todo proceso sistemático, continuo, progresivo e integral, parte de los potenciales remanentes del trabajador o individuo, y busca llevar al máximo la capacidad física, psíquica, laboral y social, con el objetivo de reintegrarlo a una vida útil y a la sociedad.

Tipos de rehabilitación

Rehabilitación médica. Es la parte de la asistencia médica que trata de desarrollar las capacidades físicas, funcionales y psicológicas del trabajador o individuo, y, si es preciso, sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una asistencia autónoma y activa.

Rehabilitación social. Es la parte del proceso de rehabilitación tendente a integrar o reintegrar al trabajador discapacitado o con capacidades diferentes a la sociedad, y ayudarlo a la adaptación de las exigencias de la vida familiar, colectiva y profesional, a la vez que se reducen las barreras económicas y sociales que pudieran obstaculizar el proceso de rehabilitación.

Rehabilitación profesional. Es la expresión que designa aquella parte del proceso continuo y coordinado de la rehabilitación integral, que comprende el suministro de medios dirigidos especialmente hacia la orientación y formación profesional y colocación selectiva para que los trabajadores con capacidades diferentes puedan obtener un empleo adecuado o conservarlo.

Características de la rehabilitación

En equipo. Abarca un grupo multidisciplinario de profesionales y técnicos según requiera la afección. Por ejemplo: fisiatras, ortopédicos, psicólogos, licenciados en educación física, técnicos de ergometría y de fisioterapia, trabajadores sociales y otros.

Temprana. Debe realizarse en el tiempo preciso, ya que si tarda o no se practica conlleva a secuelas físicas o a una acelerada jubilación.

Masiva. Expresa el carácter social de nuestra rehabilitación, lo cual es derecho de todos los trabajadores y del pueblo en general, de forma gratuita, con la participación de los organismos de masas.

Elementos de la rehabilitación

Abarca tres elementos simultáneamente, dado su carácter integral:

Físico. Pretende devolver, crear o desarrollar nuevas habilidades, mediante ejercicios físicos o elementos terapéuticos.

Social. Se basa en adaptar al trabajador a la sociedad y a su nueva actividad laboral, si requiere cambio.

Psicológico. Trata de conseguir el ajuste de los problemas emocionales del trabajador en cualquiera de sus fases rehabilitadoras.

Todos estos elementos se cumplen mediante la quiroterapia, hidroterapia, electroterapia, luminoterapia, mecanoterapia, gimnasia terapéutica, terapia ocupacional, acupuntura, confección de prótesis y órtesis, deportes en rehabilitación, cultura física terapéutica, rehabilitación educacional, asistencia social al minusválido, fangoterapia, quiropraxia, talasoterapia, recreación terapéutica, rehabilitación profesional o laboral, psicología de rehabilitación, balneoterapia, cura sanatorial y climatoterapia.

Evolución y pronóstico

- Los resultados esperados con la rehabilitación son:
- Aumento de la productividad del trabajador con impedimento físico. Mayor incorporación de trabajadores con capacidades diferentes a la producción social.
 - Disminución de la incapacidad temporal.
 - Mejoría de la capacidad y de la calidad de vida de los trabajadores con capacidades diferentes.
 - Mejor accesibilidad y continuidad en el tratamiento de las enfermedades invalidantes, con apoyo del médico de familia.

Bibliografía

- Betancourt, O. (2001). Reflexiones para la investigación de la salud de los trabajadores, folleto. Central, Ecuador: Editorial Universidad.
- Colectivo de autores (1989). *Manual de medicina del trabajo*, La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1:117.
- De Carpio, C.C. (1999). Fundamentos de la Medicina Familiar. En IV Congreso del Centro Internacional de Medicina Familiar. Caracas, CIMF, 1; 10.
- Fundación MAPFRE (2002). XV Máster de Seguridad Integral a las Empresas, Carpetas Docentes, Madrid, pp. 1-9.
- Gobierno del Distrito Federal (2001). Curso de Posgrado de Medicina Familiar. Programa Servicio Autónomo de Salud Municipal, Caracas, 1:36.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). *Guía para la elaboración del Programa de Atención al Medio en Atención Primaria de Salud*. Madrid: Editorial Gráficas Solana, 1:189.
- Ministerio de Salud Pública. Cuba (2002). Funciones de los médicos de familia; ubicación en dispensarios de Centros de Trabajo, documento guía 1988-2002, 1:2.
- Ministerio de Salud Pública. Cuba (2002). Ficha de inspección a centros de trabajo, modelo guía actualizado 87-18, 1989-2002.
- Ministerio de Salud Pública. Cuba (2001). Modelo de Historia Clínica de examen médico de preempleo, 87-01; 1989-2001.
- Ministerio de Salud Pública. Cuba (2001). Modelo de examen médico periódico. 43-03, 1989-2001.
- Ordóñez Carceller, C. (1994). Reflexiones sobre el médico de la Familia como guardián de la Salud del pueblo, folleto, Cuba, 1:25.
- OPS (2001). Enfermedades ocupacionales, Guía para su diagnóstico, NIOSH, 1:341.
- Rodríguez, Rodríguez, L.P. (2004). Salud ocupacional en el medio rural, folleto docente. Cuba, 1:9.

Capítulo 53



ATENCIÓN EN CENTROS LABORALES

*Guillermo José López Espinosa
Zaida Barceló Montiel*

Está universalmente confirmado y aceptado en diversos documentos de la Organización de Naciones Unidas, en la Estrategia Global de Salud para Todos y en la Organización Internacional del Trabajo, que cada ciudadano tiene el derecho al trabajo saludable y seguro, y a un ambiente que le permita vivir social y económicamente una vida productiva. Es conveniente recordar que el hombre invierte aproximadamente un tercio de su vida en el trabajo y que este desempeña un importante papel en la aparición y desarrollo de gran número de enfermedades, aun sin que puedan ser consideradas profesionales. Muchas afecciones crónicas no transmisibles o infecciosas están asociadas con las condiciones propias del oficio, la higiene de los alimentos que se consumen durante la jornada laboral, los hábitos y estilos de vida no saludables influidos por el colectivo, como el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas.

En Cuba, en dependencia del número de trabajadores, nivel de peligrosidad e importancia económica y social para el país o territorio, se ubican en los centros laborales los Equipos Básicos de Salud, con la responsabilidad de velar por el control y la prevención de las enfermedades y las desviaciones de salud de los obreros, así como la promoción de esta, mediante acciones dirigidas al individuo, el colectivo laboral y el entorno, para lo cual se utilizan, como herramientas básicas, la educación para la salud y la comunicación social.

Funciones del médico de familia en centros laborales

El trabajador se desenvuelve como integrante de la comunidad y se expone a los factores de riesgo del ambiente ocupacional y social; por ello, las acciones de salud en un centro laboral deben estar dirigidas a:

- Asesorar la atención integral a la salud de los trabajadores.

- Ser responsable del Equipo Básico de Salud y la confección de documentos de trabajo, como son:
 - Hoja de actividades de medicina familiar.
 - Historia clínica individual.
 - Historia de salud del colectivo o grupo laboral.
 - Planificación de acciones de salud.
 - Análisis de la situación de salud.
 - Tarjetero de vacunación.
 - Tarjetero de prueba citológica.
 - Registro de certificados médicos.
 - Hoja de registro de actividades de enfermería.
 - Pancarta informativa, con la hoja de localización.
- Participar como integrante del consejo de dirección de su centro de trabajo, para:
 - Asesorar a la administración en cuanto a los riesgos laborales y su influencia en la salud.
 - Analizar el plan de estrategias para la intensificación de acciones que permitan el mejoramiento de las condiciones de trabajo.
 - Sugerir a la empresa tener presente, en la planificación del presupuesto, la gestión de medios de protección individual necesarios.
 - Coordinar el cumplimiento del plan de donaciones de sangre.
- Controlar el uso racional de los medicamentos y material gastable, así como la conservación del mobiliario clínico y no clínico, y del instrumental que permite brindar una atención médica de calidad.
- Confección del plan de prevención y enfrentamiento ante situaciones excepcionales y para la defensa.

Promoción de salud

- Promover la adecuada higiene personal, colectiva y el saneamiento ambiental.
- Realizar actividades educativas dirigidas a identificar los factores de riesgo para la salud del trabajador, así como en materia de seguridad e higiene del trabajo.

- Identificar los riesgos potenciales de accidentes en la empresa y sus alrededores.
- Promover la práctica sistemática de ejercicios y estimular el uso de las instalaciones de cultura física, otras instalaciones deportivas en la comunidad, los servicios de rehabilitación integral y otros espacios.
- Controlar o eliminar el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas.
- Realizar actividades educativas que promuevan adecuados hábitos alimentarios.
- Reconocer la importancia del chequeo preempleo, periódico y de reincorporación del trabajador.

Prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud

- Dispensarización al 100 % de los trabajadores, así como el llenado y actualización de la historia de salud del colectivo o grupo laboral.
 - Identificación, clasificación y control de los factores de riesgo laborales a que se encuentra expuesta la población económicamente activa. Se dispensariza por área y puesto de trabajo, es decir, aparte del riesgo laboral principal existente en el ambiente de trabajo, se determinan otros factores de riesgo a los cuales está expuesto individualmente el trabajador, en dependencia de la labor que realiza.
 - Realizar el 100 % de los exámenes médicos preventivos: preempleo, periódicos y de reincorporación.
 - Confección de la historia clínica individual a cada trabajador, en la que se incluirá:
 - Evaluaciones según grupo dispensarial.
 - Inmunizaciones.
 - Citología orgánica a las trabajadoras.
 - Exámenes específicos de acuerdo con la exposición al riesgo.
 - Identificar las personas con factores de riesgo dañinos a la salud, como son: tabaquismo, dislipidemias, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, alcoholismo y otras adicciones, malos hábitos alimentarios, polifarmacia, con el propósito de realizar acciones individuales y en grupos específicos de centros de trabajo para evitar enfermedades crónicas no transmisibles.
 - Detectar y realizar acciones para modificar situaciones laborales generadoras del estrés psicosocial, capaces de influir en la salud.
 - Planificar visitas de terreno a los diferentes puestos y áreas de trabajo para fortalecer la relación médico-paciente, interesarse por los problemas de salud del colectivo y sus miembros, y familiarizarse con las condiciones laborales de estos.
- En las industrias que posean cocina-comedor, se realizarán visitas de inspección a esas instalaciones, para controlar los aspectos higiénico-sanitarios de los locales y los manipuladores. Además, evaluar la toma de la muestra testigo de alimentos elaborados.
 - Realizar la vigilancia nutricional en la población laboral.
 - Efectuar análisis de morbilidad de su universo de atención, para tomar acciones al respecto.
 - Conocer los procesos de producción y servicios, así como las materias primas a utilizar y los cambios propuestos por la administración.
 - Participar, en conjunto con los representantes de la Unidad de Higiene y Epidemiología, en la Inspección Sanitaria Estatal a su centro.
 - Exigir el cumplimiento de las medidas establecidas en las inspecciones a su centro, la legislación y normas sanitarias vigentes, así como el uso de los medios de protección individual.
 - Establecer interrelación con el área de seguridad industrial, para formar parte del comité de protección e higiene del trabajo.
 - Participar en el análisis de la accidentabilidad y en las acciones dirigidas a prevenir los accidentes del trabajo. Se llevará un control de los accidentes que se produzcan: nombre y apellidos, edad, sexo, ocupación, fecha, lesión y descripción del accidente.
 - Confección del análisis de la situación de salud, al menos una vez al año, y trazar los planes o estrategias futuras a ejecutar para el control de los factores de riesgo, enfermedades y otros daños a la salud, logrando la participación multisectorial e interdisciplinaria.

Atención médica

- Prestar atención médica a los trabajadores en caso de enfermedad eventual o accidente.
- Aplicar el método clínico, epidemiológico y social en su actuación profesional, y hacer uso
- racional de los medios diagnósticos y medicamentos.
- Recoger en los modelos establecidos las actividades realizadas en el consultorio.
- Acreditar la invalidez temporal, al expedir el certificado médico, según lo establecido en la resolución vigente. Efectuar un control de este, a través del Registro de Certificados Médicos: nombre y apellidos, edad, sexo, diagnóstico, área y puesto de trabajo, fecha, días de reposo y certificados médicos emitidos por otros especialistas.
- Facilitar la interconsulta con el Grupo Básico de Trabajo y con otras especialidades médicas, además de participar con ellos siempre que sea posible.

- Garantizar la remisión del trabajador que lo requiera al estomatólogo e incluir en la dispensarización a aquellos en quienes se diagnostique cáncer bucal u otra afección.
- Asistir con sus trabajadores a la consulta de enfermedades profesionales, para colaborar con su experiencia y criterios diagnósticos como médico.
- Acompañar al trabajador a la Comisión de Peritaje Médico Laboral, y participar en la reunión de análisis de sus capacidades para la actividad que realiza.
- Visitar a los trabajadores en el hospital o el hogar, cuando el proceso de su enfermedad o condición lo requiera, y mantener retroalimentación con el médico de la comunidad.
- Cumplir con los programas priorizados en la atención primaria de salud.
- Realizar la guardia médica, según lo planificado por su área de salud.

Rehabilitación

- Coordinar la rehabilitación de sus trabajadores con la unidad asistencial correspondiente y dar seguimiento a los pacientes que reciben tratamiento rehabilitador en las instituciones de salud de nivel secundario y terciario.
- Asesorar a la administración, previo análisis con la Comisión de Peritaje Médico Laboral, sobre las posibilidades de ubicación del trabajador, en dependencia de sus capacidades psicofísicas, después de un accidente, enfermedades profesionales u otras que impidan el ambiente laboral.

Docencia

- Participar en las reuniones del Grupo Básico de Trabajo (4 h mensuales) y presentar casos con diagnóstico de enfermedades ocupacionales, que por su interés lo requieran.

- Participar en las actividades de superación profesional y formación académica programadas por la vicedirección docente del policlínico.
- Al desempeñarse como profesor, deben ser ejemplo ante los estudiantes y residentes, mantener su superación científica, política y técnica, y transmitiendo los valores que caracterizan al profesional de la salud.

Investigación

- Desarrollar investigaciones que respondan a los problemas identificados en el análisis de la situación de salud.
- Coordinar con el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología proyectos de investigación relacionados con los factores de riesgo laborales, previa aprobación por el consejo científico del policlínico.
- Participar en actividades científicas.
- Divulgar los resultados de las investigaciones.

Bibliografía

- Aguilera, V. M. y F.M. Acosta (2008). Intervención socioeducativa y promoción de salud ocupacional. *Rev. Cub Salud Trab* 9 (2): 50-60.
- Beers, M.H., R.S., Porten, T.V., Jones, J.L., Kaplan, M. Berwits (2007). Traumatismos: Intoxicaciones. En Manual Merck de diagnóstico y tratamiento, Madrid: Elsevier, vol. 10. 11na ed., pp. 2864-90.
- López, E.G. *et al.* (2009). La dispensarización del riesgo laboral desde la perspectiva de residentes venezolanos de Medicina General Integral. *Rev. Cub. Med Gen Integ* 25 (4):160-71.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba. (2011). Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana.
- Pérez, N.L. (2010). "Cuestión de leyes: Enfermedades profesionales" en Granma. 19 de octubre de 2010 Sección: Nacionales. pp.3.
- Rodríguez, R. L. (2008). Atención al trabajador. En Medicina General Integral "Salud y medicina" (Álvarez Sintés *et al.*), Editorial Ciencias Médicas, La Habana, V.I, pp. 259-65.



ATENCIÓN EN CENTROS EDUCACIONALES

*Guillermo José López Espinosa
Zaida Barceló Montiel*

En la última década, el análisis del cuadro epidemiológico a nivel mundial evidencia un aumento significativo de las enfermedades relacionadas con el modo y estilo de vida en niños, adolescentes y adultos jóvenes en edad escolar, lo que, inevitablemente, afecta los índices de la calidad de vida y merma su desarrollo humano.

En Cuba, se prioriza la atención a las escuelas y círculos infantiles, con el objetivo de prevenir los efectos negativos que puedan ser ocasionados por el ambiente escolar, teniendo en cuenta que la salud de los estudiantes puede modificarse por la influencia de determinados factores de riesgo durante el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero a su vez, el éxito en los estudios dependerá, en gran medida, del estado de bienestar físico, psíquico y social que poseen los alumnos. Todo lo anterior, justifica la ubicación en los centros educacionales de Equipos Básicos de Salud, encaminados a garantizar una óptima interacción entre el entorno y el organismo de todos los pertenecientes al sistema educacional.

Funciones del médico de familia ubicado en las escuelas

El universo de trabajo en los centros educacionales está integrado por niños, adolescentes, jóvenes, maestros y demás trabajadores de la enseñanza, así como el ambiente natural y social que los rodea. Por ello, las actividades a desarrollar por el Equipo Básico de Salud estarán orientadas a:

- Dirigir y asesorar la atención médica integral a los estudiantes y trabajadores.
- Ser responsable del equipo de salud y la confección de documentos de trabajo, como son:
 - Hoja de actividades de medicina familiar
 - Historia clínica individual
 - Historia de salud del colectivo o grupo laboral

- Planificación de acciones de salud.
- Análisis de la Situación de Salud.
- Tarjetero de vacunación.
- Tarjetero de prueba citológica.
- Registro de certificados médicos.
- Hoja de registro de actividades de enfermería.
- Pancarta informativa, con hoja de localización.
- Participar como integrante del consejo de dirección para propiciar el análisis integral del trabajo de salud en el desarrollo del proceso docente-educativo.
- Cumplimiento del Programa de Atención Integral Médico-Pedagógica, documento rector de las acciones de salud en las instituciones educacionales.
- Perfeccionar la interrelación entre el equipo de salud y el personal docente, al aprovechar el contenido de enseñanza, las actividades extracurriculares y de educación familiar para el desarrollo de la cultura en salud.
- Establecer estrecha relación con el consejo popular, consejo de padres, organizaciones estudiantiles y demás entidades de la comunidad.
- Controlar el uso racional de los medicamentos y material gastable, así como la conservación del mobiliario clínico y no clínico, y el instrumental que le permite brindar una atención médica de calidad.
- Confección del plan de prevención y enfrentamiento ante situaciones excepcionales y para la defensa.

Promoción de salud

Las actividades de promoción se realizan utilizando como herramientas básicas la educación para la salud, la comunicación social, así como la participación comunitaria:

- Realizar actividades educativas que promuevan la higiene personal, colectiva, ambiental y preserven la salud del escolar y trabajadores del centro; se priorizan los siguientes temas: hábitos tóxicos y

- alimentarios, embarazo en la adolescencia, educación sexual, enfermedades transmisibles, accidentes, entre otros.
- Promover la práctica sistemática de ejercicios y estimular el uso de las instalaciones de cultura física, otras instalaciones deportivas en la comunidad, los servicios de rehabilitación integral y otros espacios.
- Identificar los riesgos potenciales de accidentes en la escuela y sus alrededores.
- Promover, mediante el trabajo familiar y comunitario, actitudes conscientes encaminadas al mejoramiento de las condiciones higiénico-sanitarias y de vida en los centros, para lograr un cambio favorable en el cuadro de salud.
- Desarrollar círculos de niños y adolescentes, según sus intereses.
- Fomentar el movimiento de escuelas por la salud.
- Reconocer la importancia del chequeo escolar, examen preempleo, periódico y de reincorporación del trabajador.
- Detectar y realizar acciones para modificar situaciones escolares generadoras del estrés psicosocial, capaces de influir en la salud.
- Planificar visitas de terrenos a las diferentes áreas para identificar los peligros potenciales de accidentes y buscar alternativas para eliminarlos o controlar sus efectos.
- Realizar la inspección a la cocina-comedor para controlar el estado higiénico sanitario de los locales y los manipuladores. Asimismo, chequear la toma de la muestra testigo de alimentos elaborados.
- Conocer sobre el abastecimiento de agua, el estado de la fuente y de las instalaciones, así como los controles sobre su cloración.
- Realizar la vigilancia nutricional en la población educacional.
- Efectuar sistemáticamente el análisis de la morbilidad para ejecutar acciones al respecto.
- Participar en el pesquisaje y control de focos de enfermedades transmisibles.
- Mantener la vigilancia sobre los riesgos higiénico-epidemiológicos de los centros educacionales, y orientar las medidas necesarias y oportunas para su solución.

Prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud

- Dispensarización del 100 % de los estudiantes y trabajadores, así como llenar y actualizar la historia de Salud del Colectivo.
- Participar en el proceso docente-educativo, para identificar las posibles alteraciones en la salud de los educandos como consecuencia de este.
- Realizar chequeo médico al inicio del curso a los nuevos ingresos, y el 100 % de exámenes periódicos a los escolares y trabajadores.
- Confeccionar la historia clínica individual para cada alumno y trabajador, donde se incluirá:
 - Evaluaciones según grupo dispensarial.
 - Inmunizaciones.
 - Pruebas citológicas a las trabajadoras.
 - Exámenes específicos a los trabajadores de acuerdo con la exposición al riesgo.
- Revisar la higiene personal y proponer alternativas que garanticen su cumplimiento.
- Identificar las personas con factores de riesgo dañinos a la salud, como son: tabaquismo, dislipidemias, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, alcoholismo y otras adicciones, malos hábitos alimentarios, polifarmacia, con el propósito de realizar acciones individuales y en grupos específicos del centro de estudio para evitar enfermedades crónicas no transmisibles.
- Controlar el cumplimiento de las regulaciones sobre la protección e higiene del trabajo, con mayor énfasis en las causas de accidentes en estudiantes y trabajadores que realizan actividades laborales.
- Controlar el uso adecuado de plaguicidas por estudiantes que realizan trabajo agrícola, así como los medios de protección e higiene.
- Realizar el Análisis de la Situación de Salud, al menos una vez al año, con participación de estudiantes, trabajadores del centro, padres, directivos de salud y educación para planificar acciones en conjunto, según los problemas identificados.

Atención médica

- Prestar atención médica a los estudiantes y trabajadores en caso de enfermedad eventual o accidente y efectuar el control sistemático según grupo dispensarial.
- Aplicar el método clínico, epidemiológico y social en su actuación profesional, y hacer uso racional de los medios diagnósticos y medicamentos.
- Recoger en los modelos establecidos las actividades realizadas en el consultorio.
- Determinar el peso, la talla y el estado nutricional de todos los estudiantes, como mínimo una vez durante el curso escolar. Realizar seguimiento periódico de los pacientes con problemas nutricionales.

- Acreditar la invalidez temporal de los educandos y trabajadores, al expedir el certificado médico, según lo establecido en la resolución vigente. Efectuar el control de estos, a través del Registro de Certificados Médicos: nombre y apellidos, edad, sexo, diagnóstico, año de estudio y grupo, en el caso de los estudiantes, área y puesto de trabajo en el caso de los trabajadores, asimismo, se registrará la fecha, días de reposos y certificados médicos emitidos por otros especialistas.
- Facilitar la interconsulta con el Grupo Básico de Trabajo y con otras especialidades médicas, además de participar con ellos siempre que sea posible.
- Realizar el examen bucal como parte del examen físico, y remitirá a todos los que considere y lo requieran, al estomatólogo a él vinculado.
- Efectuar visitas a estudiantes y trabajadores a los hospitales y hogares. Mantener retroalimentación con el médico de la comunidad, si el proceso de la enfermedad o condición del caso lo requiera.
- Informar al director del centro, para que sean remitidos al Centro de Diagnóstico y Orientación (CDO), a los alumnos que presentan trastornos de aprendizaje.
- Participar en la comisión del dictamen médico al escolar y en el proceso de análisis político, para la incorporación de los estudiantes a la actividad laboral.
- En los centros donde exista etapa de escuela al campo, participar durante todo el periodo.
- Asistir con sus trabajadores a la consulta de enfermedades profesionales, para colaborar en el diagnóstico con su experiencia y criterios.
- Acompañar al trabajador a la Comisión de Peritaje Médico Laboral, y participar en la reunión de análisis de sus capacidades para la actividad que realiza.
- Cumplir con los programas priorizados en la atención primaria de salud.
- Realizar la guardia médica, según lo planificado por su área de salud.

Rehabilitación

- Coordinar la rehabilitación de estudiantes y trabajadores con la unidad asistencial correspondiente, así como realizar seguimiento evolutivo a los que reciben tratamiento rehabilitador en las instituciones de salud a nivel secundario y terciario.
- Conocer en los educandos las limitaciones que les impidan efectuar algún tipo de actividad física y orientar tratamiento de rehabilitación, cambio de deporte, intensidad del ejercicio o vincularse a las áreas terapéuticas, con las cuales debe mantener estrecha relación.

- Asesorar a la administración, previo análisis con la Comisión de Peritaje Médico Laboral, sobre las posibilidades de ubicación del trabajador, en dependencia de sus capacidades psicofísicas después de un accidente, enfermedades profesionales u otras que impidan el ambiente laboral.

Docencia

- Participar en las reuniones del Grupo Básico de Trabajo (4 h mensuales).
- Participar en el entrenamiento metodológico conjunto.
- Incorporarse a las actividades de superación profesional y formación académica programadas por la vicedirección docente del policlínico.
- Al desempeñarse como profesor, deben ser ejemplo ante los estudiantes y residentes, mantener su superación científica, política y técnica, y transmitir los valores que caracterizan al profesional de la salud.

Investigación

- Desarrollar investigaciones que respondan a las prioridades planteadas en el Análisis de la Situación de Salud.
- Realizar proyectos de investigación en relación con los problemas pedagógicos y de salud en instituciones educacionales, aprobados por el consejo científico del policlínico.
- Participar en actividades científicas.
- Divulgar los resultados de las investigaciones.

Funciones del médico ubicado en círculos infantiles

- Dirigir y asesorar la atención integral de la salud de los niños y trabajadores.
- Ser responsable del equipo de salud y la confección de documentos priorizados como:
 - Hoja de actividades de medicina familiar.
 - Historia clínica individual
 - Historia de salud del colectivo o grupo laboral.
 - Planificación de acciones de salud.
 - Análisis de la situación de salud.
 - Tarjetero de vacunación.
 - Tarjetero de prueba citológica.
 - Registro de certificados médicos.
 - Hoja de registro de actividades de enfermería.
 - Pancarta informativa, con hoja de localización.
- Participar sistemáticamente en el consejo de dirección, para desarrollar un trabajo integrado.

- Asistir a los colectivos de ciclo según planificación.
- Participar en el trabajo metodológico para asesorar al personal docente y los promotores en cuestiones relacionadas con los cuidados integrales al niño y de educación para la salud, de forma que estén preparados para desarrollar estos contenidos a través de las diferentes actividades que se imparten en el proceso docente-educativo y en las vías no formales.
- Establecer una estrecha relación con el consejo popular, consejo de padres y demás entidades de la comunidad.
- Controlar el uso racional de los medicamentos y material gastable, así como cuidado del mobiliario clínico y no clínico, y del instrumental que permite brindar una atención médica de calidad.
- Confección del plan de prevención y enfrentamiento ante situaciones excepcionales y para la defensa.

Promoción de salud

- Orientar al personal y a la familia para elevar al máximo la calidad de los cuidados integrales al niño, del proceso de adaptación y la importancia de un adecuado crecimiento físico y psicomotor.
- Brindar educación sanitaria mediante las técnicas adecuadas, dirigidas a educadoras y padres, y priorizar los temas siguientes:
 - Nutrición.
 - Enfermedad diarreica aguda (EDA).
 - Infecciones respiratorias aguda (IRA).
 - Enfermedades de transmisión digestiva (ETD).
 - Parasitismo intestinal.
 - Higiene personal y colectiva.
 - Escabiosis y pediculosis.
 - Accidentes.
 - Hábitos tóxicos.
- Promover la incorporación de niños, en conjunto con sus padres y trabajadores del círculo a la actividad física sistemática, utilizando los escenarios propios de la comunidad.
- Orientar a los padres en el conocimiento de la sexualidad humana y su atención en la edad preescolar.
- Promover y participar en las acciones de educación familiar realizadas en la institución.
- Promover la salud bucal en edades tempranas y su atención estomatológica.
- Perfeccionar la integración entre el equipo de salud y las educadoras, al aprovechar el contenido de la enseñanza y las actividades para el desarrollo de la cultura en salud, tratando los siguientes temas: higiene bucal, aseo corporal, alimentación adecuada; estimular el consumo de frutas y vegetales, lavado de las manos antes de ingerir y manipular alimentos, lavado adecuado de los alimentos, control de los residuales y ambiente saludable.

Prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud

- Identificar los riesgos potenciales de accidentes en la institución infantil y sus alrededores.
- Promover el saneamiento ambiental, así como las condiciones higiénicas sanitarias establecidas para estos centros.
- Dispensarizar el 100 % de los niños y trabajadores, así como llenar y actualizar la Historia de Salud del Colectivo.
- Confeccionar la historia clínica individual de cada niño y trabajador, donde se incluirá:
 - Evaluaciones según grupo dispensarial.
 - Inmunizaciones.
 - Pruebas citológicas a las trabajadoras.
 - Exámenes específicos a los trabajadores, de acuerdo con la exposición al riesgo.
- Orientar actividades que estimulen tempranamente el desarrollo psicomotor del niño.
- Revisar la higiene personal de los niños, trabajadores y exigir su cumplimiento.
- Realizar la vigilancia nutricional de los infantes y demás trabajadores.
- Planificar visitas de terreno a las diferentes áreas para detectar y ejecutar acciones dirigidas a modificar los riesgos de accidentes en los círculos infantiles, para lo cual se orientarán las medidas oportunas.
- Realizar visitas de inspección a la cocina-comedor para controlar el estado higiénico sanitario de los locales y los manipuladores. Además, chequear la toma de la muestra testigo de alimentos elaborados.
- Conocer sobre el abastecimiento de agua, el estado de la fuente y las instalaciones, así como los controles sobre su cloración.
- Analizar sistemáticamente la morbilidad de su círculo infantil, para planificar acciones de salud al respecto.
- Elaborar, con una frecuencia anual, el Análisis de la Situación de Salud, con la participación de trabajadores del centro, padres, directivos de educación y salud para desarrollar acciones en conjunto, según los problemas identificados.

Atención médica

- Prestar atención médica a los niños y trabajadores, en caso de enfermedad eventual o accidente.

- Aplicar el método clínico, epidemiológico y social en su actuación profesional, y hacer uso racional de los medios diagnósticos y los medicamentos.
- Recoger en los modelos establecidos las actividades realizadas en el consultorio.
- Realizar examen médico a todos los niños y trabajadores de nuevo ingreso, y seguimiento evolutivo sistemático según lo establecido.
- Vigilar el crecimiento y desarrollo de cada niño.
- Determinar peso, talla, circunferencia cefálica, torácica y valoración nutricional; para ello se aplicarán las normas cubanas vigentes.
- Controlar el cumplimiento de las indicaciones para aquellos niños que presenten intolerancia alimentaria.
- Acreditar la invalidez temporal de los niños y trabajadores, al expedir el certificado médico, según lo establecido en la resolución vigente. Efectuar el control de estos, a través del Registro de Certificados Médicos: nombre y apellidos, edad, sexo, diagnóstico, año de vida y grupo, en caso de los niños, área y puesto de trabajo en el caso de los trabajadores, asimismo, se registrará fecha, días de reposo y certificados médicos emitidos por otros especialistas.
- Facilitar la interconsulta con el Grupo Básico de Trabajo y otras especialidades, y acudir con ellos siempre que sea posible.
- Garantizar la remisión al estomatólogo de los infantes y del personal que lo requiera.
- Asistir con sus trabajadores a la consulta de enfermedades profesionales, para colaborar con su experiencia y criterios en el diagnóstico.
- Acompañar al trabajador a la Comisión de Peritaje Médico Laboral y participar en la reunión de análisis de sus capacidades para la actividad que realiza.
- Realizar visitas a los hospitales y hogares, si el proceso de la enfermedad o condición del paciente lo requiere, así como mantener retroalimentación con el médico de la comunidad.
- Cumplir con los programas priorizados en la atención primaria de salud.
- Realizar la guardia médica, según lo planificado por su área de salud.

Rehabilitación

- Coordinar la rehabilitación de niños y trabajadores con la unidad asistencial correspondiente, además del seguimiento evolutivo a los pacientes que reciben tratamiento rehabilitador en instituciones de salud de nivel secundario y terciario.

- Asesorar a la administración, previo análisis con la Comisión de Peritaje Médico Laboral, sobre las posibilidades de ubicación para el trabajador, en dependencia de sus capacidades psicofísicas después de un accidente, enfermedades profesionales u otras, que impidan el ambiente laboral.

Docencia

- Participar en las reuniones del Grupo Básico de Trabajo (cuatro horas mensuales).
- Participar en el entrenamiento metodológico conjunto.
- Incorporarse a las actividades de superación profesional y formación académica programadas por la vicedirección docente del policlínico.
- Al desempeñarse como profesores, deben ser ejemplo ante los estudiantes y residentes, mantener su superación científica, política y técnica, y transmitir los valores que caracterizan al profesional de la salud.

Investigación

- Realizar investigaciones que den respuesta a los problemas identificados en el Análisis de la Situación de Salud y a las prioridades del sector educacional en instituciones infantiles, con previa aprobación por el consejo científico del policlínico.
- Participar en actividades científicas.
- Divulgar los resultados de las investigaciones.

Bibliografía

- Aguilar, V.J. *et al.* (2009). Nueva Estrategia de trabajo en Salud Escolar y el cumplimiento de los Objetivos del Milenio. *Rev. Cub. de Hig y Epid*; 47 No.3. Jul-sept. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47_3_09/hiesu309.htm.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2011). Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana.
- Muñiz, J.G. *et al.* (2006). Crecimiento y desarrollo del niño. En *Pediatría* (Colectivo de autores), Editorial Ciencias Médicas, La Habana, T1, pp. 27-58.
- O'Farril, M. C. y S. B. Parello (2008). Salud escolar. En *Medicina General Integral "Salud y medicina"* (Álvarez Sintés *et al.*), Editorial Ciencias Médicas, La Habana, V. I, pp.124-6.
- Río de la Paz, B.R., G.L., Espinosa y K. R., Niebla (2011). Rol de la higiene escolar en el proceso enseñanza-aprendizaje. *Edu-mecentro 3* No. 1.Ene-mar 2011. Disponible en: [http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol3\(1\)/comunblancaro.html](http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol3(1)/comunblancaro.html)
- Santana, S.L., I.M.F., Díaz, P.J.A., Hernández y J.H.M., Ríos (2007). Evaluación del estado de salud del maestro Venezolano de enseñanza primaria.2001-2004. *Rev. Cub. Salud y Trab* 8 (2): 34-37.



ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

Enrique Vega García, Jesús Menéndez Jiménez, Lilliams Rodríguez Rivera, Magalys Ojeda Hernández, Norma Cardoso Lunar, Niurka Cascudo Barral, Alina González Moro, Luis Felipe Heredia Guerra, Bárbara Leyva Salerno, Osvaldo Prieto Ramos

Envejecimiento poblacional en el contexto mundial

El envejecimiento es una manifestación presente en todas las etapas del desarrollo de la humanidad. Pero fue en el siglo xx donde más y más personas sobrepasaron el inicio de lo que el hombre ha llamado etapa de vejez y lo que antes era alcanzado por unos pocos, se transformó en una oportunidad para muchos. Si bien el siglo xx se caracterizó por el aumento de la población mundial, el XXI se caracteriza por el envejecimiento de la misma. Bastaría señalar que desde el inicio de la historia de la humanidad hasta principios del siglo xx, los seres humanos lograron una esperanza de vida de 47 años, pero de ahí hasta hoy, este promedio aumentó casi 30 años. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un importante reto, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que de este se derivan.

Se ha definido el envejecimiento poblacional como la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. Aunque las causas del envejecimiento poblacional son las mismas en todos los países, a lo largo del tiempo estas han tenido un papel diferente en cada etapa. La disminución de la natalidad y la fecundidad parecen ser la causa más importante, mientras que la disminución de la mortalidad aparece como un determinante del envejecimiento o no, en dependencia de cuál es el grupo de edades donde se produce esta disminución. Las migraciones son el tercer factor que influye: los flujos migratorios, tanto internos como externos, pueden llevar al aumento de las proporciones de adultos mayores en una población determinada.

Principales causas del envejecimiento poblacional:

- Disminución de la natalidad.
- Disminución de la mortalidad.
- Migraciones externas.

Este fenómeno no es un problema exclusivo del mundo desarrollado, desde la última década del pasado siglo se reconoce que es también una realidad para los países en desarrollo. El envejecimiento en América Latina y el Caribe ha sido muy rápido y lo será más. Si en 1950 había 5,5 millones de adultos mayores latinoamericanos y caribeños, medio siglo después la cifra se incrementó a más de 50 millones en el 2006., las cifras se duplican en menos de 25 años; o sea serán alrededor de 100 millones en el 2025 y casi 200 millones en el 2050, además más del 75 % de las personas que nacen hoy, vivirán sus 60 años y un 40 % sobrepasarán sus 80 años. En los últimos 25 años la esperanza de vida al nacer de latinoamericanos y caribeños se incrementó en 17 años.

El envejecimiento en todos los países se producirá sin el respaldo del desarrollo económico que siempre caracterizó al proceso en el mundo desarrollado. Los países en desarrollo deberán enfrentar, además de los latentes problemas económicos, el envejecimiento de sus poblaciones. Asimismo el envejecimiento en nuestra región es su heterogeneidad. Existen países en distintas etapas del envejecimiento: mientras que Bolivia, Guatemala o Haití poseen un envejecimiento poblacional incipiente, otros como Uruguay, Argentina, Barbados y Cuba presentan un envejecimiento avanzado.

Evolución del envejecimiento en la población cubana

Cuba es un ejemplo de país en desarrollo, con un envejecimiento importante de su población. El 17,8 % de los cubanos tiene 60 años o más, cifra que aumentará, según estimaciones, a casi el 26 % en el 2025 y a más del 30 % en el 2050.

Quizás si se utiliza el llamado índice de envejecimiento queda más fácilmente reflejado por qué Cuba

exhibe uno de los envejecimientos más importantes del mundo. En el año 2000 en Cuba había unos 64 adultos mayores por cada 100 niños, actualmente hay más de 100 adultos mayores por cada 100 niños. En 2025, la proporción será de 156 adultos mayores por cada 100 niños. A la proporción de adultos mayores dentro de la población se añade la esperanza de vida de los cubanos, que es una de las más altas del mundo, con una esperanza de vida al nacer de 77,98 años para ambos sexos.

El proceso de envejecimiento de la población cubana ocurre fundamentalmente a partir de la segunda mitad del siglo xx y demográficamente ha tenido varias explicaciones:

- El factor clave del proceso durante todo este siglo ha sido una acelerada declinación de la fecundidad. La tasa global de fecundidad pasó de 5,76 hijos por mujer en 1919 a 3,61 en 1953; en 1970 fue de 3,70 mientras que en 1978 bajó por primera vez del nivel de reemplazo poblacional, al registrarse 1,95 hijos por mujer, continuando a partir de entonces por debajo de dicho nivel; su valor más reducido se registró en el año 2006 con 1,39. El mantenimiento por más de tres décadas de esta situación ha provocado que las cohortes de los recién nacidos comiencen a ser menores que las cohortes que le anteceden, provocando que la proporción de personas de 60 años y más aumente con respecto al total de la población, lo que se conoce como proceso de envejecimiento poblacional.
- La entrada al país de alrededor de 1 000 000 de inmigrantes, en las tres primeras décadas del siglo xx, contribuyó a que se alcanzara una tasa de crecimiento elevada entre 1919 y 1950 (2,31 %); a partir de ese momento la emigración superó a la inmigración.
- A pesar de lo anterior, el mejoramiento del nivel de mortalidad puede señalarse como el principal componente del envejecimiento durante el período de 1900 a 1960 y aunque posteriormente la disminución de la fecundidad fue el factor de mayor relevancia, la mortalidad continuó disminuyendo de forma acelerada. La esperanza de vida al nacer se elevó de 55,7 años en la década de los 50 hasta 77,98 años en el presente, o sea, aumentó en 22 años durante este periodo. Esto ha motivado que Cuba tenga niveles de mortalidad similares a los de las áreas más desarrolladas del mundo y que su esperanza de vida al nacer, sea mayor que la del promedio de estos países.
- La esperanza de vida geriátrica o esperanza de vida a los 60 años, en Cuba, ha aumentado sensiblemente: en 1950 era de 15,5 años y en menos de 40 años se elevó a más de 22 según datos del período 2005-2007. Los actuales niveles de envejecimiento de la población

anciana son comparables con los más altos del mundo. Es muy marcada la esperanza de vida geriátrica de los hombres cubanos, la cual es casi de 21 años, por poco más de 23 para las mujeres.

Otro indicador que demuestra la magnitud y la rapidez del crecimiento de la longevidad de los cubanos, es el rango de supervivencia de su población: hoy ya más del 87 % de los cubanos sobreviven a los 60 años y en los próximos 10 años lo hará el 90 %. Un dato importante que se comienza a manejar es el aumento de la cantidad de los llamados viejos-viejos, con implicaciones socioeconómicas y médicas muy especiales. La esperanza de vida actual de las personas que en Cuba cumplen 80 años es de 9,3 años.

Caracterización epidemiológica

Más del 80 % de personas de 60 años o más en Cuba refieren padecer al menos de una enfermedad crónica (Tabla 55.1). Según el estudio SABE de La Habana y la reciente Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional, las mujeres refieren tener más enfermedades crónicas que los hombres, y a mayor edad, mayor cantidad de padecimientos.

Tabla 55.1 Personas de 60 años o más en Cuba que refieren padecer de enfermedades crónicas en el 2011

Edad	Mujeres	Hombres	Ambos sexos
Total	88,4	75,2	82,2
De 60 a 74	86,7	71,7	79,4
De 75 y más	92,2	84,4	88,7

Las enfermedades crónicas que más reportan los adultos mayores cubanos son la hipertensión arterial, artrosis, cardiopatía isquémica y problemas nerviosos, entre otras. En general refieren que estas enfermedades interfieren mucho en su vida diaria (Tabla 55.2).

Tanto las enfermedades crónicas como la mayoría de los problemas geriátricos, impactan sobre los sistemas de salud, en particular la atención primaria. Al prolongarse la vida de las personas se producen:

- Mayor acumulación de enfermedades en la misma persona.
- Prolongado seguimiento médico y mayor dedicación de los equipos de salud.
- La demanda de los servicios de larga duración comience a ser mayor que los de corta duración.

Tabla 55.2 Frecuencia por autorreporte de enfermedades crónicas seleccionadas en personas de 60 años y más. Cuba 2011

Enfermedad o padecimiento	Total	60-74	75 y +	Hombres	Mujeres	Mucha interferencia en las actividades diarias
Hipertensión arterial	56,4	55,2	59,5	48,5	63,5	26,7
Diabetes mellitus	17,6	16,4	20,3	12,5	22,1	36,7
Algún tipo de cáncer	3,4	2,7	5,0	3,2	3,5	51,8
Enfermedad pulmonar crónica	12,0	11,5	13,0	9,6	14,1	41,0
Cardiopatía isquémica	18,2	14,8	26,2	14,6	21,4	45,4
Problemas nerviosos o psiquiátricos	16,9	16,4	17,9	10,8	22,3	36,6
Enfermedad cerebro vascular	6,2	4,7	9,9	5,7	6,7	49,9

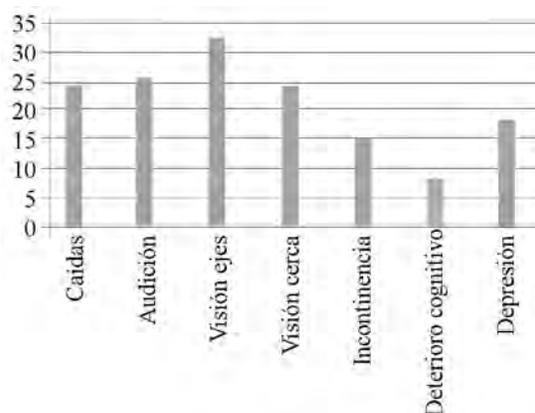
Los problemas geriátricos son otro componente importante del estado de salud de los adultos mayores. Muchas veces son infradiagnosticados por distintos motivos, ya sea por desconocimiento médico como por considerar los propios adultos mayores o sus familiares “normales” estas situaciones. En la consulta médica muchas veces se presentan de manera colateral, y no constituyen la principal queja del paciente. Similar situación le sucede al deterioro de los órganos de los sentidos. La prevalencia de algunos problemas geriátricos en La Habana en el año 2000 puede verse en la figura 55.1.

Con respecto a las causas de muerte, en la década de los 70 en Cuba alrededor del 51 % de las muertes ocurrían antes de los 60 años, hoy más de 8 de cada 10 cubanos que nacen arribarán a 60 años y más. El porcentaje de defunciones que ocurren después de los 60 años se mantiene elevado en los últimos años. En 2004 el 78,7 % de las defunciones se presentaron en personas de 60 años y más y en el 2010 descendió ligeramente a 76,9 %, como consecuencia de

la dinámica demográfica del país, que unida a la mejora de las condiciones sanitarias, propicia la prolongación de la vida y, por lo tanto, la muerte a edades más avanzadas. Las principales causas de muerte en este grupo poblacional se corresponden con las afecciones propias de las edades avanzadas. Las tres primeras causas son: enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares.

Envejecimiento individual

El envejecimiento se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo ante los cambios. Es un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de nuestra vida.

**Fig. 55.1.** Cifras de prevalencia de problemas geriátricos en Ciudad de La Habana, 2000.

La función fisiológica de muchos órganos y sistemas tiende a declinar con la edad y con una amplia variabilidad individual. Los cambios fisiológicos asociados con la edad no suelen tener significado clínico cuando el organismo está en reposo, pero pueden tener una repercusión importante ante situaciones de estrés, como ejercicio, enfermedad o administración de fármacos.

En general, los adultos mayores hacen mayor uso de servicios sociales y de salud, lo cual ocasiona mayores gastos. Para enfrentar este reto, es indispensable el conocimiento del estado de salud de esta población y los factores de riesgo y protectores subyacentes, con el fin de ofrecer en base a la evidencia intervenciones que promuevan salud y autonomía a estas personas, y minimizar el impacto de la carga de enfermedades asociados al envejecimiento.

Prevención de problemas en el adulto mayor

Principios generales:

- La prevención debe ser individualizada.
- Debe estar centrada en factores de riesgo, enfermedad, fragilidad, accidentes y problemas psicosociales.
- Las medidas de carácter sanitario solas no son eficientes para la consecución de una medicina preventiva eficaz.
- Las acciones preventivas deben de estar dirigidas a fortalecer la capacidad funcional del adulto mayor y contribuir a un envejecimiento exitoso.

La elección de las medidas preventivas depende del estado general en que se encuentra el adulto mayor: sano, con enfermedad crónica y frágil. Los adultos mayores sanos no tienen enfermedades crónicas o tienen solo alteraciones mínimas y funcionan de manera independiente; para ellos, las medidas preventivas más beneficiosas son la prevención primaria y secundaria de la enfermedad. Los adultos mayores con enfermedades crónicas presentan varios problemas incurables, son funcionalmente independientes o tienen una dependencia mínima, toman varios medicamentos y, en ocasiones, pueden ser hospitalizados por descompensación de sus enfermedades de base. En estos casos lo importante es la prevención terciaria de la enfermedad y la fragilidad, seguida de la primaria y la secundaria. Por su parte, los adultos mayores frágiles presentan muchas enfermedades crónicas graves, son funcionalmente dependientes y han perdido su reserva fisiológica, lo elemental para este grupo son las acciones de prevención terciaria y evitar las iatrogenias.

Los servicios preventivos permiten que los adultos mayores:

- Alcancen y conserven un nivel óptimo de salud.
- Identificar a los que están en riesgo.
- Detectar factores de riesgo, enfermedades crónicas y condiciones geriátricas aún en etapas subclínicas, que permitan realizar intervenciones de salud, que eviten la aparición de discapacidad.
- Evaluar la magnitud de la enfermedad y condiciones geriátricas.
- Seleccionar racionalmente el tratamiento y otras intervenciones de salud tomando en cuenta, no solo la entidad, sino las capacidades funcionales presentes y futuras de estos individuos.

En el adulto mayor se aplican los tres tipos clásicos de prevención, solo con algunas variantes en su expresión.

Prevención primaria

Consiste en abordar la enfermedad antes de que aparezca, así como reducir o eliminar los factores de riesgo. Es viable cuando se conocen las causas, los determinantes, los factores e indicadores de riesgo, los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, y de ciertas formas de morbilidad y mortalidad prematuras.

Los métodos más conocidos son:

1. Educación para la salud:
 - a) Consejería sobre:
 - Nutrición.
 - Actividad física.
 - Tabaquismo.
 - Entrenamiento de funciones intelectuales y de prácticas de integración social.
 - Preparación y adaptación al envejecimiento.
 - Salud bucal.
 - Salud sexual.
 - b) Programas de autocuidado.
2. Inmunización.
3. Quimioprofilaxis.

Ejemplos de prevención primaria

Educación para la salud

Entre las acciones principales están las siguientes:

- Constituir agrupaciones de adultos mayores en el ámbito comunitario.
- Ofrecer por parte del equipo de salud asesoramiento personal.
- Fomentar la responsabilidad individual en el cuidado de su propia salud.

- Educar y capacitar a la población con respecto al proceso de envejecimiento.
- Realizar charlas educativas sobre temas de envejecimiento saludable.
- Organizar actividades culturales y recreativas en la comunidad para rescatar sus tradiciones, juegos y bailes acorde con las necesidades de los adultos mayores.
- Incluir conocimientos relacionados con el tema de envejecimiento en todos los niveles de enseñanza del nivel educativo.
- Utilizar la experiencia de los adultos mayores en actividades educativas en escuelas primarias, secundarias, así como en grupos y casas de cultura.
- Instar a que los adultos mayores visiten regularmente a un odontólogo u odontogeriatra.
- Aconsejar a los adultos mayores que limiten la ingesta de alimentos que contengan azúcares refinados entre las comidas.
- Estimular a que el adulto mayor reduzca el riesgo de cáncer bucal al eliminar el uso del tabaco y la disminución del consumo de bebidas alcohólicas.

Entrenamiento de funciones intelectuales y la práctica de integración social

Entre las acciones se hallan:

- Animar a que los adultos mayores sigan cultivando la cultura, fomentando la lectura de libros y periódicos y el seguimiento de programas de radio y TV.
- Estimular la participación de juegos de grupo y de pasatiempos, ya que proporcionan un contacto con los demás, estimulan la memoria, la deducción y la perspectiva.
- Desarrollo de asociaciones de adultos mayores: clubes, liceos y círculos.
- Fomentar la creación de aulas o universidades de adultos mayores donde se imparten desde cursos de historia hasta de informática, cocina, artesanía y pintura.
- Estimular a que los adultos mayores participen en actividades de voluntariado en el ámbito de su comunidad.

Nutrición

Entre sus acciones están:

- Promover la accesibilidad de los adultos mayores a los alimentos saludables.
- Realizar asesoramiento nutricional para lograr una buena conducta nutricional.
- Establecer servicios comunitarios de consejería nutricional.
- Utilizar en provecho de la familia y la comunidad la cultura alimentaria de los adultos mayores.

Actividad física

Las acciones principales son:

- Recomendar ejercicios de equilibrio: baile, tai-chi al menos 3 veces/semana.
- Sugerir ejercicios de flexibilidad al menos 15 min de estiramiento estático con cada grupo muscular.
- Levantamiento de pesas: contra-resistencia, tres grupos de 8 a 15 repeticiones al menos 2 veces/semana con cada grupo muscular.
- Caminar al menos 30 min al día todos los días.
- Instaurar programas comunitarios para la práctica de actividad física.
- Facilitar ambientes seguros.
- Garantizar el entrenamiento apropiado en los adultos mayores entrenadores y planificadores de programa.

Salud bucal

Sus acciones son:

- Asesorar sobre una higiene dental correcta: cepillado diario de los dientes.
- Incentivar políticas de fluoración del agua y uso de pastas dentales con flúor.

Preparación y adaptación al envejecimiento

Entre las acciones se hallan:

- Crear y definir espacios de participación social y de desarrollo personal de las personas mayores, por ejemplo, aulas o universidades de adultos mayores y clubes.
- Educar a las mujeres y sus familias para la etapa de climaterio.
- Preparar a la familia y la comunidad para esta etapa de la vida.
- Ofrecer cursos de preparación a la jubilación.

Autocuidado

Especialmente asociado a la atención de las enfermedades crónicas, han surgido numerosas experiencias de autocuidado en los adultos mayores que han brindado evidencias importantes de mejoramiento en la atención de las mismas y de sus factores de riesgo por parte de los pacientes y otro personal entrenado.

Immunización

Su principio general es mantener actualizado el carnet de vacunación, y la prevención consiste en lo siguiente:

- Vacuna antigripal: debe administrarse (0,5 mL por vía i.m.) cada año a todos los adultos mayores en otoño.
- Vacuna antineumocócica:
 - Debe administrarse (0,5 mL por vía s.c. o i.m.) a todos los adultos mayores al menos una vez en la vida.
 - Se recomienda la revacunación en los adultos mayores de alto riesgo con trastornos cardiopulmonares crónicos, diabetes mellitus, nefropatía, mieloma múltiple, cirrosis hepática, enfermedad de Hodgkin, alcoholismo, trastornos asociados con inmunosupresión.
- Vacuna antitetánica:
 - Si no ha existido inmunización, esta es dudosa o imprecisa, o han pasado más de 10 años después de la última dosis, se recomienda un programa completo de inmunización con tres dosis de toxoide tetánico y diftérico, combinados, las dos primeras con separación de 1 mes y la siguiente entre 6 y 12 meses de la primera dosis.
 - Los adultos mayores deben recibir una dosis de 0,5 mL por vía i.m., como mínimo una vez cada 10 años.

Prevención secundaria

Es aquella que permite identificar una enfermedad establecida en un período presintomático, para curarla en la forma temprana o prevenir su progresión. En este nivel las acciones de prevención se centran en los componentes siguientes: detección precoz de los problemas de salud, utilización del examen periódico de salud, dispensarización del adulto mayor y valoración geriátrica integral.

Ejemplos de prevención secundaria

Detección precoz de los problemas de salud

- Toma de la tensión arterial.
- Examen clínico de las mamas.
- Mamografía.
- Examen de la cavidad bucal.
- Examen de la agudeza visual.
- Examen de la agudeza auditiva.
- Examen rectal.
- Colesterol sérico.
- Glucemia.
- Pruebas funcionales tiroideas.
- Sangre oculta en heces fecales.

- Electrocardiograma.
- Densitometría ósea.

Examen periódico de salud

- Debe realizarse a todos los adultos mayores con una periodicidad anual.

Prevención terciaria

Trata y minimiza las complicaciones de una enfermedad, una vez que se presenta. Está dirigida a reducir o eliminar las deficiencias, discapacidades y minusvalía que se pueden presentar después de una enfermedad, es decir, es el nivel de la medicina preventiva que se ocupa de la rehabilitación de un paciente al estado de mayor funcionalidad.

Los esfuerzos en la prevención terciaria en el adulto mayor están dirigidos al mantenimiento de la autonomía y de la calidad de vida; su acción consiste en la evaluación de los fallos físicos y cognoscitivos, el impacto del medio ambiente y las capacidades de las familias, así como de los servicios sociales de la comunidad, para compensar las carencias.

Premisas de la rehabilitación

- Recuperar discapacidades secundarias a determinadas enfermedades crónicas –enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad de Parkinson, osteoporosis, artritis, fracturas y EPOC– de gran prevalencia en la población adulta mayor.
- Los servicios médicos y sociales de la comunidad han de colaborar con la sección de rehabilitación y terapia ocupacional, con el fin de conseguir una acción terapéutica integral.
- Rehabilitación en adultos mayores con caídas: es un programa de educación física que comprenda: aprender a levantarse, reeducación progresiva de la marcha, ejercicios para el equilibrio y ejercicios para incrementar la rapidez de la reacción.
- Rehabilitación cognitiva: aplicación de terapia ambiental mediante programas específicos, actividades de orientación a la realidad. .
- Rehabilitación en pacientes con incontinencia urinaria: entrenamiento vesical, ejercicios de Kegel y electroestimulación.
- Utilización de órtesis y prótesis: lentes, audífonos, sillas de ruedas y bastones.
- Rehabilitación de enfermedades crónicas que pueden traer complicaciones en los adultos mayores (Tabla 55.3).

Tabla 55.3. Enfermedades crónicas que pueden traer complicaciones en los adultos mayores

Condición	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria	Medidas preventivas
Artritis	Efectiva	Ambigua	Efectiva	Abolir el peso de las articulaciones, actividad física moderada, tratamiento temprano de la artritis reumatoidea y rehabilitación de las discapacidades
Problemas dentales	Efectiva	Efectiva	Efectiva	Higiene bucal, profilaxis dental, examen periódico de la cavidad bucal y prótesis dental
Hipertensión	Muy efectiva	Ambigua	Efectiva	Actividad física moderada, disminuir la ingestión de sal, dieta rica en potasio, calcio y magnesio
Enfermedades cardiovasculares	Efectiva	Efectiva	Efectiva	Control de los factores de riesgo, abandono de los hábitos de fumar, control de la hipertensión, control de la hipercolesterolemia, administrar baja dosis de ácido acetilsalicílico y rehabilitación
Problemas visuales	Ambigua	Efectiva	Efectiva	Abolir exceso de luz ultravioleta, realizar refracción, practicar cirugía de cataratas
Osteoporosis	Muy efectiva	Ambigua	Efectiva	Consumo de calcio y vitamina D, ejercicios físicos moderados, evitar la ooforectomía temprana y terapia de reemplazo de estrógenos
Problemas auditivos	Efectiva	Efectiva	Efectiva	Abolir el exceso de ruido, audiometría y prótesis auditivas
Depresión	Ambigua	Efectiva	Efectiva	Evaluación y tratamiento
Enfermedad cerebrovascular	Efectiva	Ambigua	Efectiva	Control de los factores de riesgo colesterolemia, como fumar, hipertensión e hiperadministrar bajas dosis de ácido acetilsalicílico, ejercicios físicos moderados y rehabilitación
Dependencia	Efectiva	Ambigua	Muy efectiva	Ejercicios de otras actividades, funcional evaluación y tratamiento específico, y rehabilitación

Evaluación de la salud en el adulto mayor

Evaluar el estado de salud en el adulto mayor resulta complejo, ya que implica medir la resultante de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social, establecidas en edades más tempranas y en las que han interactuado los factores genéticos, ambientales y las enfermedades a lo largo de su curso de vida, pero la evaluación de la función es el mejor resumen para la medición del estado de salud en los adultos mayores.

Evaluar clínicamente a un paciente mayor difiere, en su esencia, de los procedimientos aplicados clásicamente a sujetos más jóvenes y exige mayor concentración, tolerancia y calma. El equipo básico de salud constituye el primer nivel de atención geriátrica en la comunidad, ya

que, por su permanencia en la comunidad, este equipo es capaz de abordar los aspectos de salud de los adultos mayores, establecer el seguimiento continuo ambulatorio e incluso el ingreso domiciliario. Además, permite mantenerlo, el mayor tiempo posible en su comunidad, lo que garantiza su bienestar y autonomía.

Examen periódico de salud. ¿Qué, por qué y para qué?

La herramienta que tiene el médico y la enfermera de familia para iniciar el proceso de evaluación de las personas mayores es el examen periódico de salud (EPS). En ningún grupo de edades, tal vez con excepción de los lactantes, es tan importante este proceder. Los resultados que en términos de salud se pueden derivar de este, no

solo benefician a los adultos mayores, sino también a los que de una manera u otra les brindan atención y, en general, a toda la sociedad.

El Programa de Atención Integral a la Familia recomienda que estas personas deben ser dispensarizadas y evaluadas. El equipo básico de salud debe evaluar, como mínimo, anualmente a sus adultos mayores, y tendrá en cuenta sus aspectos sociales, psicológicos, biomédicos y funcionales. Esta evaluación multidimensional de la salud permite no solo conocer el estado base de esta, sino valorar precozmente cualquier cambio que en ella se produzca.

Los componentes recomendados para el EPS son:

- Examen físico.
- Pesquisaje de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.
- Pesquisaje de condiciones geriátricas.

El médico y enfermera de familia realizan el EPS para buscar de forma activa y temprana los problemas que aquejan a las personas de edad avanzada; en correspondencia con el establecimiento de un plan de acción que modifique estos, con medidas de promoción y prevención primaria, secundaria o terciaria. Esta evaluación posibilita obtener todos los elementos biológicos, psicológicos y socioeconómicos, y, sobre todo, funcionales que conforman el cuadro integral de salud del adulto mayor como individuo y grupo poblacional.

Muchos de los problemas de salud en los adultos mayores se expresan muy temprano como pérdida de las funciones, expresadas en limitaciones para realizar sus actividades cotidianas. Los factores funcionales que deben ser evaluados en estas personas han sido recogidos en un instrumento que debe ser aplicado por el médico de familia: la escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF), la cual forma parte del EPS (Tabla 55.4).

Los pacientes que encuentran mayor beneficio en los cuidados geriátricos son aquellos que resultan frágiles. Una vez realizado el EPS y detectados los pacientes que tengan criterios de fragilidad o aquellos que por la complejidad y magnitud de sus problemas biomédicos, psicológicos y sociales necesiten una evaluación más especializada para mantenerse en el medio familiar o comunitario y deban recibir un manejo más complejo, el médico de familia cuenta con un segundo escalón de apoyo en la atención comunitaria: el equipo multidisciplinario de atención gerontológica (EMAG).

A continuación se brindan algunas recomendaciones prácticas que pueden ser útiles en esta pesquisa de salud. Además de los datos de la EGEF, en el EPS se incluyen otros elementos que han de tomarse en cuenta en la evaluación. Para fines didácticos se han dividido en:

Datos generales. En cada examen, es necesario reevaluar algunos datos generales que pueden tener gran repercusión en el estado de salud del adulto mayor. Aunque la edad no es por sí sola determinante de ninguna enfermedad, es indudable que puede significar un factor de riesgo para algunas entidades clínicas y para la limitación funcional. Se ha planteado que la incapacidad funcional puede duplicarse por encima de los 60 años y triplicarse después de los 80. El equipo de salud familiar debe estar preparado para reconocer que este riesgo aumenta ostensiblemente cuando se asocia con otras situaciones desfavorables, como trastornos en la convivencia, viudez y características inadecuadas de la vivienda, entre otros. La pérdida del cónyuge es un evento vital, sobre todo a esta edad, y la recuperación puede ser lenta y difícil; si a esto se suma que el adulto mayor puede quedar solo, significa un incremento aún mayor de los riesgos que tiene esta persona. Un adulto mayor, si es independiente, puede vivir sola sin dificultad; sin embargo, el aumento que existe con la edad de limitaciones funcionales, hace recomendable una vigilancia más estrecha de estas personas, para evitar una posible pérdida de la autonomía. Por último, la vivienda que tradicionalmente fue habitada por el paciente puede convertirse, con el envejecimiento de este, en un riesgo para su funcionabilidad.

Antecedentes patológicos personales. Lógicamente, el adulto mayor puede tener una mayor cantidad de antecedentes patológicos personales que deben tomarse en cuenta al establecer sus posibles riesgos. Por ello, es importante interrogar sobre enfermedades tales como HTA, hipotensión ortostática, dislipoproteinemia, diabetes mellitus, hábito de fumar, obesidad y enfermedad inflamatoria o pólipos intestinales, por solo mencionar algunos de los que constituyen importantes factores de riesgo para padecer alguna de las primeras causas de morbilidad y mortalidad entre la población adulta mayor: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y cáncer.

También se debe tener en cuenta que las personas de edad avanzada son más propensas a padecer otras situaciones que, si bien no son enfermedades desde el punto de vista tradicional, no por ello dejan de constituir problemas de salud. Ejemplo de ello son las caídas y la inmovilidad. Por ello, es importante indagar sobre la existencia de enfermedad cerebrovascular, enfermedades articulares o trastornos ortopédicos que dificulten la marcha, así como por la existencia de enfermedad de Parkinson, demencias o alcoholismo.

Tabla 55.4. Escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF)

Instrucciones para la EGEF: defina el ítem por la respuesta del paciente; si este no cooperara, utilice la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre ítem, marque el inferior

I. Continencia	<ol style="list-style-type: none">5. Perfectamente continente4. Ha perdido ocasionalmente el control de la micción3. Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida cotidiana2. Incontinencia urinaria que le impide realizar su vida cotidiana1. Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía
II. Movilidad	<ol style="list-style-type: none">5. Se moviliza sin limitaciones tanto fuera como dentro del hogar4. Alguna limitación en la movilidad, en particular con transporte público3. Dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana2. Depende para moverse de la ayuda de otra persona1. Se encuentra totalmente confinado a la cama o el sillón
III. Equilibrio	<ol style="list-style-type: none">5. No refiere trastorno del equilibrio4. Refiere trastornos del equilibrio, pero no afectan su vida cotidiana3. Trastornos del equilibrio, con caídas y limitación de la autonomía2. Trastornos del equilibrio lo hacen dependiente de su vida cotidiana1. La falta de equilibrio lo mantiene totalmente incapacitado
IV. Visión	<ol style="list-style-type: none">5. Tiene visión normal, aunque para ello use lentes4. Refiere dificultad para ver, pero esto no lo limita en su vida cotidiana3. Dificultad para ver que limita sus actividades cotidianas2. Problemas de la visión, que lo obligan a depender de otra persona1. Ciego o totalmente incapacitado por la falta de visión
V. Audición	<ol style="list-style-type: none">5. Tiene audición normal, aunque para ello use prótesis auditiva4. Refiere dificultad para oír, pero esto no limita su vida cotidiana3. Dificultad para oír, con algunas limitaciones en la comunicación2. Severos problemas de audición, que limitan su comunicación1. Sordo o aislado por la falta de audición
VI. Uso de medicamentos	<ol style="list-style-type: none">5. No toma medicamentos, no contar suplementos vitamínicos4. Usa menos de 3 de forma habitual3. Usa de 3 a 5 por más de 1 mes o indicados por varios médicos2. Usa más de 6 medicamentos1. Se automedica o no lleva control de los medicamentos que toma
VII. Sueño	<ol style="list-style-type: none">5. No refiere trastornos del sueño4. Trastornos ocasionales del sueño, pero no tiene necesidad de somníferos3. Debe usar somníferos para lograr el sueño que lo satisfaga2. Pese al uso de psicofármacos, mantiene trastornos del sueño1. Trastornos severos del sueño que le impiden realizar su vida diaria
VIII. Estado emocional	<ol style="list-style-type: none">5. Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo4. Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda3. Trastornos emocionales lo obligan al uso de psicofármacos2. Mantiene limitación por trastornos emocionales, aun con tratamiento1. Los trastornos emocionales lo incapacitan. Intento o idea suicida
IX. Memoria	<ol style="list-style-type: none">5. Buena memoria. Niega trastornos de la misma4. Refiere problemas de memoria, pero no limitan sus actividades diarias3. Trastornos evidentes de memoria, que limitan actividades de su vida2. Trastornos de memoria lo hace dependiente parte del tiempo1. La pérdida de memoria lo mantiene totalmente incapaz y dependiente
X. Situación familiar	<ol style="list-style-type: none">5. Cuenta con el apoyo familiar que demandan sus necesidades4. Existe apoyo familiar, pero tiene limitaciones en alguna ocasión3. El apoyo familiar está restringido a situaciones de crisis2. El apoyo familiar es escaso e inseguro, incluso en crisis1. Ausencia o abandono familiar total

Tabla 55.4. Escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF)(Continuación)

Instrucciones para la EGEF: defina el ítem por la respuesta del paciente; si este no cooperara, utilice la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre ítem, marque el inferior

XI. Situación social	5. Buena relación social. Apoyo total por vecinos y/o amigos 4. Buena relación social. Tiene apoyo limitado de vecinos o amigos 3. Relación social limitada. Apoyo se limita a crisis 2. Relación social limitada. Ausencia de apoyo de vecinos y/o amigos 1. Ausencia de relaciones sociales y de apoyo por vecinos o amigos
XII. Situación económica	5. Niega problemas económicos 4. Sus ingresos cubren sus necesidades básicas, pero no otras 3. Tiene ocasionalmente dificultad para cubrir necesidades básicas 2. Tiene habitualmente dificultad para cubrir necesidades básicas 1. Depende económicamente de la asistencia social
Estado funcional global	5. Es independiente, activo y está satisfecho con la vida que lleva 4. Independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho 3. Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros 2. Depende en su vida diaria de los cuidados de otra persona

Examen físico. El examen físico en un EPS está dirigido a buscar signos de enfermedades o problemas de salud que, al ser detectados temprano, permitan prevenir de las complicaciones o la discapacidad a que pudieran conducir. En el caso del examen físico en el marco del EPS de estas personas, se deben buscar los signos de afecciones que presentan una elevada prevalencia o fuerte tendencia a la discapacidad y que su detección precoz pueda incidir en la evolución posterior de dicho problema de salud. De esta manera, el examen físico debe estar encaminado a la detección de soplos carotídeos; cifras tensionales elevadas, bocio, mama o próstata patológica, en mujeres y hombres, respectivamente; alteraciones de la cavidad bucal, lesiones premalignas de piel y malnutrición. Además de lo señalado, el examen físico también debe estar dirigido a la búsqueda de los elementos que permitan evaluar el estado de las enfermedades, fundamentalmente crónicas no transmisibles, que padezcan las personas examinadas.

Exámenes complementarios. Los objetivos de la realización de pruebas complementarias son, en el marco de un examen periódico de salud: confirmar o rechazar una sospecha clínica, determinar una posible causa y evaluar el estado de una dolencia.

Grandes síndromes geriátricos

Fragilidad

La fragilidad debe ser considerada como un proceso continuo que se inicia con una pérdida de la reserva

fisiológica del organismo suficiente para provocar un principio de deterioro funcional, si éste progresa lleva al individuo a una situación de vulnerabilidad, que requiere la utilización de recursos sociales y de salud. Su reconocimiento es sumamente importante y debe ser sistemáticamente buscada.

Conceptualmente la fragilidad está incluida en el grupo de síndromes geriátricos. Es producida por una declinación acumulativa de la función fisiológica del organismo, como la resistencia, la flexibilidad y la fuerza muscular, el balance o equilibrio, el tiempo de reacción, coordinación, funcionamiento cardiovascular, audición, visión, nutrición y funcionamiento cognitivo. Esto provoca que el paciente frágil se vuelva más vulnerable, con más riesgos de caídas, hospitalización, institucionalización y muerte.

La fragilidad produce una predisposición a sufrir efectos adversos para la salud ante situaciones estresantes de la vida cotidiana, donde la magnitud de la situación no siempre está en correspondencia con el menoscabo que origina en la salud, produciéndose gran deterioro funcional

Mecanismos responsables de la fragilidad:

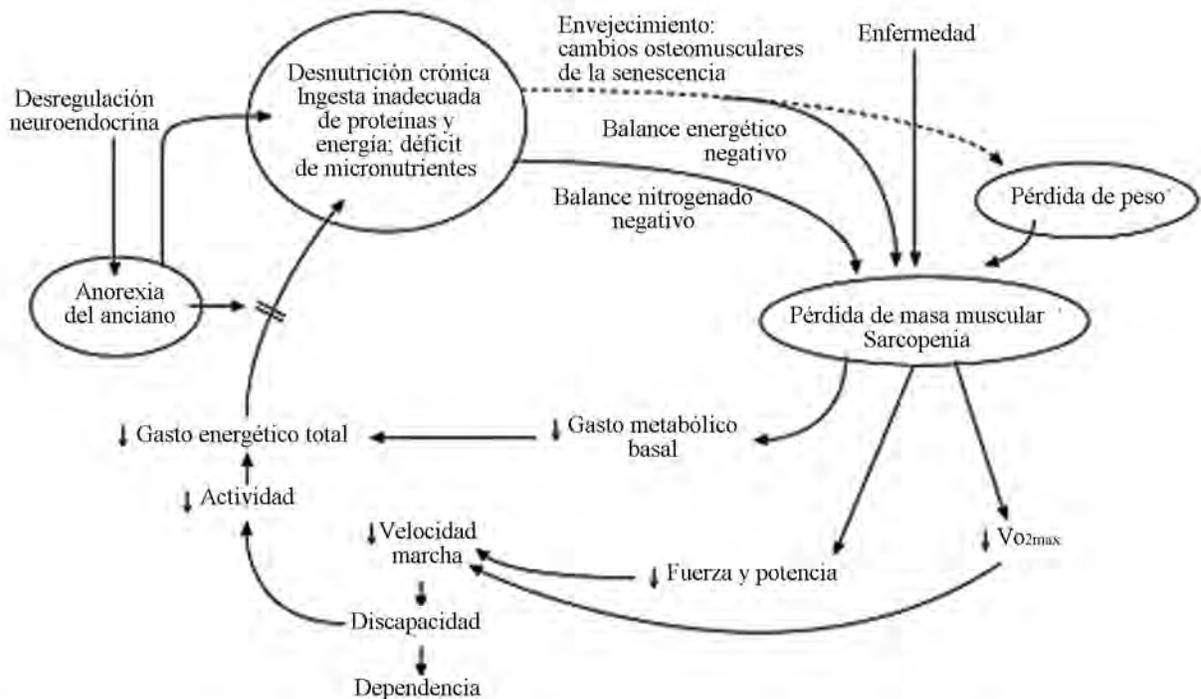
- Causas fisiopatológicas:
 - Aterosclerosis: responsable de enfermedades asociadas a fragilidad (ICC, EVP, AVE). Se asocia a aumento de citoquinas.
 - EPOC: hipoxia conlleva un aumento de citoquinas, disminución de función cerebral y muscular, y bajos niveles de testosterona.
 - Anemia: relacionada con disminución de funcionalidad, alteración de la cognición y mortalidad.

- Diabetes mellitus: aumento de citoquinas y disminución testosterona.
- Hiperinsulinemia + insulinoresistencia: HTA, hiperglucemia, disminución HDL, aumento ácido úrico, alteración factores de coagulación, mioosteatoxis y disfunción cognitiva.
- Citoquinas aumentadas: pérdida de masa muscular, modulación del sistema inmunológico, disminución de albúmina plasmática, anemia, anorexia, disminución de cognición, aumento de lipólisis con inhibición de la lipoproteína-lipasa.
- Disminución de niveles de testosterona: determina pérdida de masa y fuerza muscular.
- Disminución de vitamina D asociada a deterioro funcional y caídas.
- Proteína C reactiva: marcador no específico de exceso de citoquinas, relacionado con pérdida de masa y fuerza muscular.
- Sarcopenia: disminución de masa muscular.
- Obesos sarcopénicos (“*fat frail*”) tienen la más alta pérdida de funcionalidad y aumento de mortalidad.
- Anorexia “fisiológica”; determina malnutrición, con pérdida de tejido muscular y grasa.
- Dolor: limita la actividad física.

- Alteración del equilibrio: determina riesgos de caídas.
- Causas funcionales: sedentarismo, inmovilidad.
- Causas nutricionales: malnutrición por exceso o déficit
- Síndromes: astenia, anorexia, adinamia, pérdida de peso.
- Factores psicosociales: la depresión determina disminución de la actividad física, con aumento de la liberación de factor corticotrópico que produce anorexia y aumento de la pérdida de tejido muscular. Es un factor mayor en la patogénesis de fragilidad. En tanto, el síndrome demencial origina incapacidad para realizar las actividades del diario vivir. La soledad, asociada a comorbilidad y con una economía deficiente, puede inducir también fragilidad.

Con el desarrollo de estudios epidemiológicos centrados en el envejecimiento, surgen varias aproximaciones con el objetivo de establecer marcadores y operacionalizar el concepto de fragilidad para poder establecer su diagnóstico.

Linda P. Fried y otros investigadores han desarrollado una hipótesis de fragilidad considerando que las manifestaciones clínicas presentes en el síndrome están relacionadas entre sí, y teóricamente pueden unificarse dentro de un ciclo (Fig. 55.2).



Fuente 1: Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for phenotype. *J Gerontol* 2001; 56A (3):146-56

Fig. 55.2. Mortalidad general en adultos mayores. Cuba, 1999-2004.

Se puede iniciar el síndrome por cualquier parte del ciclo, pero fundamentalmente por dos vías:

- Como resultado de los cambios fisiológicos asociados a la edad, por ejemplo, la anorexia asociada al envejecimiento, los cambios músculo-esqueléticos y la sarcopenia.
- Por el efecto de las enfermedades.

El reconocimiento de marcadores que nos permitan la detección del paciente frágil cobra una gran relevancia en la asistencia geriátrica actual. El fenotipo de fragilidad propuesto por Fried y colaboradores se basa en los criterios siguientes:

- Pérdida involuntaria de más de 10 libras (4,5 kg) de peso corporal o una disminución mayor o igual al 5 %.
- Disminución en un 20 % de la fuerza del apretón de mano, medido con un dinamómetro y ajustado según sexo al índice de masa corporal (IMC).
- Pobre resistencia, como signo de agotamiento, explorado mediante dos preguntas obtenidas de una escala del Centro para el Estudio Epidemiológico de la Depresión.
- Velocidad al caminar una distancia de 4,6 m menor o igual a 6 o 7 s, según el sexo y la talla.
- Baja actividad física según una versión de un cuestionario que recoge el tiempo empleado en la práctica de ejercicios físicos y actividades recreativas.
- Para ser considerada frágil, una persona debe tener 3 o más de los criterios citados.

Recientes publicaciones delimitan con claridad el estado de fragilidad con el de discapacidad. Ambas categorías tienen aspectos en común, pero se diferencian en tres aspectos:

- La discapacidad puede presentarse a partir de la disfunción de uno o varios sistemas fisiológicos, mientras la fragilidad siempre se presenta por la disfunción de múltiples sistemas.
- La discapacidad puede mantenerse estable durante años, mientras la fragilidad siempre progresa en el tiempo.
- La fragilidad puede presentarse en un número significativo de adultos mayores que no están discapacitados.

Es importante identificar a los adultos mayores frágiles a tiempo, para intervenirlos y prevenir que sufran eventos adversos para su salud. En la actualidad existen estrategias para disminuir y/o retardar la fragilidad que se están estudiando con resultados promisorios.

Caídas

Concepto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita a la persona al suelo contra su voluntad. Hay situaciones que pueden simular una caída o presentarse como tal, entre ellas se encuentran los mareos, los cuadros sincopales y la epilepsia.

Magnitud del problema

La magnitud exacta no se conoce, ya que existe un gran subregistro; no obstante, se reporta en diversos estudios que el 30 % de las personas mayores personas mayores de 65 años y hasta el 50 % de los mayores de 80, que viven en la comunidad, se caen al menos una vez al año y con frecuencia en la mitad de estas personas las caídas se presentan repetidamente.

Las caídas son causa de muerte para más del 30 % de los adultos mayores que viven en la comunidad y que reportan al menos una caída al año. El porcentaje se eleva en los mayores hospitalizados o residentes en instituciones.

En Cuba, en adultos mayores que viven en la comunidad, las caídas aumentan del 25 % entre los 65-70 años al 35 % después de los 75 años. El estudio SABE, observó que las mujeres se caían el doble que los hombres, hasta los 75 años aproximadamente, a partir de donde se tiende a igualar la frecuencia.

Repercusiones

Las caídas son consideradas un gran problema en el adulto mayor que pueden llevar a fatales consecuencias y son causa importante de inmovilidad, morbilidad y mortalidad.

- Consecuencias físicas: fracturas, entre ellas la de Colles y la fractura de la articulación coxofemoral, con una tasa de mortalidad entre el 12 y el 20 %, más alta que para personas de esa edad sin fractura; el 60 % presenta reducción de la movilidad y el 25 % aumenta su dependencia funcional previa al accidente.
- Consecuencias psicológicas: reducción de la movilidad, aumento de la dependencia para las actividades cotidianas, al principio secundario al dolor por el trauma y más tarde por temor a caer (Síndrome poscaída).
- Consecuencias funcionales: reducción de la movilidad, la mitad de los que sufren una caída no recuperan el nivel funcional previo al accidente, en otros puede resultar en discapacidad, institucionalización, o muerte.

Etiología

Los factores de riesgo pueden ser intrínsecos y extrínsecos:

- Factores intrínsecos:
 - Inestabilidad.
 - Alteraciones visuales, auditivas y vestibulares.
 - Disminución en la fuerza de agarre de la mano y de los cuádriceps
 - Percepción negativa de su estado de salud.
 - Enfermedades agudas y crónicas.
 - Fármacos.
- Factores extrínsecos: Están presentes en las actividades cotidianas y en el entorno habitual del paciente, el mayor número de caídas ocurren en el hogar generalmente en el tiempo de mayor actividad en horas de la mañana y la tarde.

Aunque las caídas pueden atribuirse a accidentes o a razones mecánicas, habitualmente están involucrados simultáneamente factores intrínsecos y extrínsecos. El 22 % de las caídas las producen factores de riesgo extrínsecos, en su mayoría evitables, como son: suelos resbaladizos, iluminación inadecuada de la vivienda, muebles y objetos fuera de lugar, medios de transporte, calles y aceras inadecuadas o en mal estado.

Se afirma además que durante el mes siguiente a una hospitalización, el riesgo a caer es alto. Igualmente, en personas mayores que ya han presentado una caída, cuando hay episodios agudos o exacerbación de enfermedades crónicas, el riesgo de volver a caer se multiplica, considerándose el mayor predictor de nuevas caídas.

Las principales causas de caídas en el adulto mayor se resumen en la tabla 55.5.

Bases para la evaluación

La evaluación de las caídas toma en cuenta dos tipos de personas: el individuo que aún no se ha caído, pero que tiene predisposición a hacerlo, y el paciente que se ha caído. En estos casos es necesario valorar las consecuencias inmediatas y la presencia de algún problema médico agudo responsable de esa caída para indicar el tratamiento oportuno.

Los objetivos de la atención estarán encaminados a:

- Conocer la situación del paciente mayor.
- Identificar los factores intrínsecos, extrínsecos y circunstancias de la caída.
- Evaluar las consecuencias de la caída a corto y largo plazo.
- Prevenir nuevas caídas.
- Rehabilitar las discapacidades resultantes.
- Monitorizar las intervenciones.

Tabla 55.5. Principales causas de caídas en el adulto mayor

Factores intrínsecos

Cambios asociados con el envejecimiento

- Disminución de la agudeza visual
- Disminución de la acomodación
- Disminución del reconocimiento sensorial
- Disminución del tiempo de reacción
- Marcha oscilante
- Trastornos reflejos de enderezamiento del cuerpo

Enfermedades

Neurológicas

- AVE, ATI
- Enfermedad de Parkinson
- Mielopatías
- Insuficiencia vertebrobasilar
- Hipersensibilidad del seno carotídeo
- Neuropatía
- Demencias

Cardiovasculares

- IMA
- Hipotensión
- Arritmias

Musculoesqueléticas

- Artritis
- Miositis
- Deformidades óseas

Otras

- Síncope
- Anemia
- Deshidratación
- Hipoglucemia
- Infecciones agudas

Medicamentos

- Polifarmacia
- Diuréticos
- Antihipertensivos
- Hipnóticos o sedantes

Factores extrínsecos

Factores medio ambientales

- Características del suelo
 - Resbaladizo, abrigado o encerado
 - Alfombras gruesas no fijas
- Iluminación
 - Excesiva o inadecuada
- Escaleras
 - Ausencia de pasamanos
 - Iluminación insuficiente
 - Peldaños demasiado altos o desgastados
- Cuarto de baño
 - Ducha o bañera resbaladiza
 - Ausencia de agarraderas
 - Retrete muy alto
 - Dormitorio
 - Cama muy alta
 - Distancia excesiva entre la cama y el baño
- Otras
 - Sillas de altura incorrecta
 - Ausencia de brazos en las sillas
 - Estantes demasiado altos

Factores sociales

- Calles o aceras en mal estado
- Demasiada altura del contén de la acera
- Alumbrado público deficiente
- Transporte público poco accesible para la persona adulta mayor
- Institucionalización

En la evaluación clínica de los pacientes que han sufrido caídas, en la anamnesis se debe valorar:

- Número de caídas que ha presentado el paciente en los últimos 12 meses.
- Lugar de la última caída.
- Actividad que estaba realizando en el momento de tener la caída.
- Síntomas que han acompañado a la caída.
- Consecuencias de las caídas.
- Tiempo de permanencia en el suelo, considerado un marcador de mal pronóstico.
- Descripción detallada de la caída.
- Antecedentes patológicos personales.
- Fármacos utilizados.

En el examen físico se debe enfatizar en:

- Toma de tensión arterial en sedestación y bipedestación para descartar hipotensión ortostática
- Examen cardiovascular.
- Examen neurológico fundamentalmente examen de la marcha y el equilibrio.
- Valoración auditiva y visual.
- Estado nutricional.
- Evaluación cognitiva y afectiva.
- Exploración osteomioarticular y podálica

Existen algunas pruebas orientadas a la detección específica de problemas de equilibrio y marcha como:

- Evaluación cronometrada de estación unipodal: se mide la duración máxima del equilibrio mientras el paciente se mantiene en un solo pie, sin apoyo y sin separar los brazos. Se permiten como máximo cinco ensayos con una duración de 30 s y se considera que deben permanecer al menos 5 s con los ojos cerrados.
- Escala de Tinetti.
- Test *time up and go*, levántate y anda: desde la posición de sedestación el sujeto debe levantarse, caminar 3 m, volverse y retornar a la posición sentada. Se mide el tiempo que tarda en completar la prueba. Un tiempo mayor que 20 s, alto riesgo de caídas.

Los exámenes complementarios se indicarán de manera individualizada, asimismo se deben valorar los riesgos ambientales que favorecen las caídas.

Bases para la atención

Prevención

Las caídas y sus complicaciones son previsibles. La estrategia debe ser tan amplia que no solo evite la repetición de las caídas o sus complicaciones, sino

prevenga la primera caída. La promoción diaria de ejercicio físico, la evaluación periódica de las condiciones del individuo que pueden predisponerlo a caerse, así como una revisión de los peligros ambientales a los que está expuesto constituyen aspectos imprescindibles.

Tratamiento de las caídas

En primer lugar, se impone tratar las consecuencias ocasionadas por la caída, es importante, desde ese momento, evitar limitaciones funcionales por cualesquiera de estas causas. El tratamiento de condiciones médicas, psicológicas y sociales que pueden haberse relacionado con la caída es de suma importancia. Debe continuar con un esfuerzo por erradicar las causas que la provocaron. Está claro que muchos de los factores propios del individuo causantes de caídas, no son reversibles, pero sí tratables y modificables. En ningún caso, la restricción funcional definitiva será una solución.

Rehabilitación

El origen multifactorial de las caídas exige un abordaje multidimensional de rehabilitación. El entrenamiento del paciente incluye cómo caminar sin obstáculos, bajar y subir escaleras, sentarse y levantarse de la silla, y levantarse del suelo después de una caída. Las medidas encaminadas a la modificación del ambiente, para convertirlo en seguro para el adulto mayor, deben ser parte del programa de rehabilitación.

Síndrome de inmovilidad

Concepto

Se define como la reducción de la capacidad para desempeñar las actividades en la vida diaria por deterioro de funciones, relacionadas con el sistema neuro-músculo-esquelético, el cual debe considerarse como un problema médico independiente que requiere una valoración y un manejo específico.

Magnitud del problema

El riesgo de inmovilidad aumenta con la edad: entre el 15 y 18 % de los mayores de 65 años tienen problemas para movilizarse, el 53 % de los adultos mayores de más de 75 años tienen dificultades para salir de su domicilio y el 20 % están confinados en su hogar. El 50 % de las personas mayores que se inmovilizan de forma aguda fallecen en un plazo relativo de 6 meses.

Repercusiones

Los sistemas más afectados son el cardiovascular y el osteomioarticular. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran:

- Rigidez, contracturas.
- Osteoporosis.
- Trombosis arterial y venosa.
- Inestabilidad y caídas.
- Sarcopenia.
- Úlceras por presión.
- Deshidratación.
- Broncoaspiración.
- Malnutrición.
- Incontinencia urinaria.
- Sepsis urinarias.
- Constipación e impactación fecal.
- Estado confusional agudo.
- Depresión.
- Aislamiento social.
- Dependencia.
- Institucionalización.

Clasificación

Se denomina inmovilidad absoluta cuando el adulto mayor se encuentra acomodado a posturas invariables y reducidas, que pueden llegar al estado de encamamiento por diferentes causas. La inmovilidad relativa se presenta cuando el adulto mayor puede llevar una vida sedentaria que limita más o menos su movilidad.

Según el tiempo de establecida la inmovilidad se clasifica como sigue:

- Inmovilidad aguda: episodio de declinación rápida de la independencia en la movilidad hacia una situación de encamamiento o de “cama sillón” durante tres días como mínimo, y supone una emergencia médica, tanto por el impacto funcional como por la elevada mortalidad que en sí conlleva.
- Inmovilidad crónica: es la pérdida absoluta o relativa de la movilidad por un período prolongado y que en muchas ocasiones es definitiva.

Bases para la evaluación

Los principales factores de riesgo de inmovilidad son:

- Trastorno de la marcha.
- Alteraciones podológicas.
- Disminución de la agudeza visual o auditiva.
- Incontinencia urinaria o fecal.
- Depresión.
- Demencia.

- Fármacos: antihipertensivos, sedantes y neurolépticos, entre otros.
- Factores psicosociales: falta de apoyo social y soledad.
- Institucionalización.
- Sobreprotección de los cuidadores por temor a accidentes o síndrome poscaídas.
- Métodos inadecuados de restricción física.
- Barreras arquitectónicas que restringen la movilidad.
- Enfermedades: osteoporosis, osteoartrosis, enfermedad de Parkinson, demencias, EPOC, neuropatía periférica, obesidad, enfermedad cerebrovascular con secuela motora. Entre otras.

Entre los aspectos más importantes a valorar se encuentran:

- Naturaleza y duración de las discapacidades que causan la inmovilidad.
- Problemas médicos que contribuyen.
- Fármacos.
- Aspectos psicológicos.
- Ambiente.
- El estado de la piel y aparato cardiorrespiratorio.
- Valoración del sistema osteomioarticular: fuerza, tono, rango de movimientos articulares, deformidades y lesiones de los pies.
- Deficiencias neurológicas.

Bases para la atención

Estará dirigida fundamentalmente a tratar las causas, evitar las complicaciones y recuperar la situación funcional previa.

De manera general se deben seguir las siguientes pautas:

Prevención:

- Realizar actividades de promoción de salud que fomenten la práctica de actividades físicas y sociales.
- Promover estilos de vida saludables.
- Detectar tempranamente los factores de riesgo de inmovilidad y su atención oportuna para eliminarlos o modificarlos.
- Atender las enfermedades causantes de inmovilidad para prevenir o atenuar su repercusión.

El programa de entrenamiento debe ser individualizado, progresivo, supervisado y escalonado. No se sobrepasará la capacidad funcional del sujeto, teniendo en cuenta el estado del aparato cardiovascular. Las ayudas técnicas se prescribirán en caso necesario.

El tratamiento rehabilitador se realizará en diferentes fases, en dependencia del grado de inmovilidad, y según las recomendaciones anteriores, así como se evitará el riesgo de lesiones. Se aconsejan las fases siguientes:

- Movilización en la cama, lateralizaciones: cambios posturales cada 2 h y sentarse en la cama si el estado del paciente se lo permite.
- Fisioterapia respiratoria.
- Alcanzada la posición de sedestación, se intentará la bipedestación y las transferencias cercanas, a sillón o silla de ruedas. Se debe aumentar el tiempo de permanencia en el sillón, según la enfermedad subyacente. Los adultos mayores pueden realizar ejercicios mientras están sentados, como el taconeo alternativo de cada pie, por ejemplo.
- Deambulación a distancias crecientes, al comienzo con ayudas técnicas.
- Fase de mantenimiento: tiene el objetivo final de conseguir que el adulto mayor sea capaz de deambular por su domicilio o entorno, y realizar las actividades diarias, de ser posible sin ayuda.

Las úlceras por presión son la complicación más frecuente y temida entre el personal de salud y la familia, son frecuentes en los adultos mayores y generalmente de causa multifactorial. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad. Es posible evitarlas con un trabajo preventivo eficaz, realizado por el equipo de atención multidisciplinario:

- Corrección de los factores de riesgo.
- Mantener una hidratación adecuada.
- Soporte nutricional: dieta rica en proteínas, vitaminas y minerales.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Evaluar y tratar las alteraciones de la continencia urinaria y fecal.
- Medidas para disminuir la presión:
 - Cambios posturales al menos cada 2 h.
 - Limitar el tiempo de permanencia del paciente sentado en una silla a no más de 1,5 a 2 h.
 - Evitar los deslizamientos en la silla para evitar fricción.
 - Uso de colchones antiescara: existen muchos tipos de materiales y tipos de camas que disminuyen la presión. Los mejores en relación a costo/beneficio, son los colchones de espuma que presentan forma de cartón de huevos. Estos se colocan sobre la cama con la parte lisa hacia abajo. También se pueden utilizar colchones de agua, aire o gel. Ellos solo no evitan la formación de úlceras por presión.

- La debridación quirúrgica se hace en un quirófano por un especialista. Además de los métodos quirúrgicos, existen los mecánicos, autolíticos y enzimáticos. El método se elige en función del estado del paciente.

Incontinencia urinaria

Concepto

La incontinencia urinaria (IU) constituye uno de los grandes síndromes geriátricos, es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como “cualquier escape de orina que provoque molestias al paciente”, constituyendo causa de discapacidad y deterioro de la calidad de vida en los adultos mayores.

Tradicionalmente ha sido considerada por los adultos mayores y por el personal de salud, como un fenómeno fisiológico asociado al proceso de envejecimiento, pero en la actualidad, se reconoce como uno de los problemas de salud más frecuentes en la población adulta mayor.

Magnitud del problema

Los estudios epidemiológicos realizados presentan una serie de limitaciones y sesgos metodológicos que impiden un análisis correcto de los datos obtenidos y determinan un conocimiento inexacto sobre la verdadera prevalencia de la IU en la población adulta mayor originando amplios intervalos. En correspondencia con los datos disponibles, se acepta que la prevalencia varía en dependencia del nivel asistencial considerado: comunidad (10-15 %), hospital (30-40 %) e instituciones de larga estadía (50-60 %).

Dichas limitaciones están correlacionadas no solo con el tipo de estudio realizado, sino también con factores socioculturales y condicionamientos mentales de la población en general, así como por la falta de sensibilidad y en ocasiones insuficiente preparación del personal de salud. Como resultado, el índice de consulta por IU en el adulto mayor es bajo, solo un tercio de los mayores incontinentes consultan por este problema de salud, siendo necesario su búsqueda activa y sistemática dentro de la población adulta mayor.

Envejecimiento e incontinencia urinaria

Los requisitos para mantener una adecuada continencia urinaria son:

- Efectivo almacenamiento del tracto urinario inferior.
- Adecuado vaciamiento del tracto urinario inferior.
- Suficiente movilidad y destreza para acceder al baño.

- Capacidad cognitiva suficiente para percibir e interpretar el deseo miccional.
- Motivación para ser continente.
- Ausencia de barreras arquitectónicas.

El envejecimiento fisiológico no es causa de incontinencia urinaria, pero sí determina una serie de cambios anatómicos y funcionales (tracto urinario inferior, próstata, vejiga, sistema nervioso) que pueden influir, en mayor o menor medida, conjuntamente con patologías asociadas en el control de la continencia urinaria.

Repercusiones

La incontinencia urinaria afecta la calidad de vida de los pacientes que la padecen con repercusiones en la esfera física, psicológica, social y económica. Las principales repercusiones de la IU se muestran en la tabla 55.6.

Clasificación clínica

Básicamente, desde el punto de vista de la duración en el tiempo, se distinguen dos tipos de incontinencia urinaria; la aguda, reversible o transitoria, y la crónica, persistente o establecida. Esta distinción es importante desde el punto de vista clínico.

- Incontinencia urinaria transitoria: se refiere a los escapes involuntarios de orina de corta evolución (menos de cuatro semanas). Se caracteriza por su aparición súbita, se relaciona con causas funcionales, sin que a menudo existan lesiones estructurales, como agresiones iatrogénicas, enfermedades agudas o consumo de fármacos y, por lo general, desaparece con tratamiento adecuado del trastorno subyacente.
- Incontinencia urinaria crónica: la duración de los escapes involuntarios de orina es superior a cuatro semanas, por lo general se reportan alteraciones estructurales subyacentes bien localizadas a nivel del tracto urinario o fuera de él. Se clasifica en los cinco tipos siguientes:
 - Incontinencia urinaria por urgencia: representa el tipo más común de IU en los adultos mayores, puede llegar a representar el 65 % de todos los casos de IU. Se define como el deseo urgente de orinar, seguido de una pérdida involuntaria de orina. Clínicamente se expresa por urgencia miccional, polaquiuria, nocturna y da lugar a escapes de moderado a grandes volúmenes de orina.
 - Incontinencia urinaria por rebosamiento: es la pérdida involuntaria de orina en una vejiga sobredistendida. Se debe a dos mecanismos etiológicos bien

diferenciados, la obstrucción del tracto urinario de salida y la alteración contráctil de la vejiga. Se caracteriza por dificultad para iniciar la micción, tenesmo vesical, episodios de retención urinaria, en ocasiones ausencia del deseo miccional, y escapes de poco volumen. Cursa con residuo posmiccional elevado.

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: es más común en las mujeres adultas mayores. Se denomina así la pérdida involuntaria que ocurre cuando la presión intravesical supera la presión uretral por ejemplo tos, esfuerzos, risa, maniobras de Valsalva. Se producen escapes de pequeño volumen de orina.
- Incontinencia urinaria funcional: se observa en pacientes con una función vesicouretral normal y parece deberse a la incapacidad por parte del enfermo para reconocer la necesidad de orinar o de comunicar su inminencia. Debería establecerse por exclusión.
- Incontinencia urinaria mixta: es la combinación de alguno de los tipos anteriores, pero en la práctica clínica lo más frecuente es encontrar la asociación de incontinencia por urgencia con la de esfuerzo.

Etiología

La medicación y la pluripatología constituyen los factores de riesgo más importantes en la génesis de la incontinencia urinaria entre la población adulta mayor. En la tabla 55.7 aparecen los medicamentos relacionados con la incontinencia urinaria y sus efectos.

En los adultos mayores algunas causas de IU transitoria si no se corrigen en el tiempo pueden contribuir a al establecimiento de una IU crónica.

Las principales causas de IU en el adulto mayor son:

- Incontinencia transitoria:
 - Delirio.
 - Infecciones.
 - Vaginitis/uretritis atróficas.
 - Fármacos.
 - Trastornos endocrinos.
 - Movilidad restringida.
 - Impactación fecal.
 - Disfunción psicológica.
- Incontinencia urinaria crónica por urgencia:
 - Cistitis/uretritis.
 - Litiasis vesical.
 - Neoplasia vesical.
 - Estenosis uretral.
 - Hiperplasia prostática.
 - Parkinson.
 - Accidente cerebrovascular.

- Demencia.
- Hidrocefalia.
- Incontinencia urinaria crónica de esfuerzo:
 - Debilidad del suelo pélvico (partos múltiples, hipoadrenalismo, obesidad).
 - Cirugía pélvica previa (ginecológica, resección prostática).
 - Prolapsos pélvicos.
- Incontinencia urinaria crónica por rebosamiento:
 - Crecimiento prostático.
 - Neuropatía diabética y autonómica.
 - Estenosis uretral.
 - Lesiones medulares.
 - Compresión extrínseca.
- Incontinencia urinaria crónica funcional:
 - Enfermedades músculo-esqueléticas que limitan la deambulación.
 - Uso de restricciones físicas.
 - Deterioro funcional severo.

- Demencia.
- Ambiente no familiar.
- Barreras arquitectónicas.
- Desatención por parte del personal, para facilitar el acceso a los urinarios.

Bases para la evaluación

Debido a que la incontinencia urinaria puede tener un origen multifactorial, está justificada la valoración multidimensional, siendo imprescindible individualizar la evaluación diagnóstica en cada paciente. Se recomiendan dos niveles de evaluación, básico y especializado.

El nivel de evaluación básico se recomienda en todos los pacientes mayores y debe ser realizado en la atención primaria de salud. Sus componentes son historia clínica (interrogatorio y examen físico), diario miccional, exámenes complementarios y determinación del residuo posmiccional.

Tabla 55.6. Principales repercusiones de la incontinencia urinaria

Esfera	Repercusión
Física	Úlceras por presión Infecciones urinarias Caídas, especialmente con la IU nocturna Dependencia
Psicológica	Pérdida de autoestima Depresión Ansiedad
Social	Aislamiento Estrés en la familia y cuidadores Mayor necesidad de apoyo familiar Predisposición a la institucionalización
Económica	Incremento de los costos económicos (pruebas diagnósticas, opciones terapéuticas, manejo de complicaciones, entre otras)

Tabla 55.7. Medicamentos relacionados con la incontinencia urinaria y sus efectos

Medicamento	Efecto implicado
Diuréticos	Poliuria, polaquiuria y urgencia miccional
Anticolinérgicos	Retención urinaria, impactación fecal y delirio
Calcioantagonistas	Retención urinaria
Opiáceos	Retención urinaria, impactación fecal, sedación y delirio
Antidepresivos	Sedación y acción anticolinérgica
Antisicóticos	Sedación, inmovilidad, delirio y parkinsonismo
Hipnóticos	Sedación, inmovilidad, delirio

Historia clínica

En el interrogatorio se precisarán los elementos siguientes:

- Antecedentes patológicos personales: diabetes mellitus, cáncer, cirugía pélvica previa, patología neurológica u osteomioarticular.
- Historia ginecológica y sexual.
- Alteraciones del hábito intestinal.
- Historia farmacológica.
- Características: frecuencia, cantidad, severidad, duración y factores precipitantes.
- Síntomas asociados: disuria, nocturia, hematuria, pujos, tenesmo vesical, vaciamiento incompleto, chorro débil.
- Factores sociales y ambientales.
- Percepción de la incontinencia urinaria: interferencia con las actividades de la vida diaria.

En el examen físico se hará énfasis en las cuestiones siguientes:

- Capacidad de deambulación.
- Estado mental: función cognitiva, motivación y esfera afectiva.
- Examen neurológico: marcha, reflectividad, signos focales, sensibilidad perianal y en miembros inferiores.
- Examen abdominal: distensión vesical y masas abdominales.
- Examen rectal: sensibilidad, tono del esfínter anal, impactación fecal, masas, tamaño y características de la próstata.
- Examen vaginal: vaginitis atrófica, prolapsos pélvicos y otras anomalías.
- Movilidad y destreza.

El diario miccional: es un instrumento muy útil para conocer las características de los escapes involuntarios de orina, de fácil aplicación ya sea por el propio paciente o su cuidador. Debe anotarse lo que ha ocurrido en las 48 h previas con respecto a las micciones voluntarias, los escapes involuntarios, los factores precipitantes (tos, estornudo), y la ingesta de líquidos.

Exámenes complementarios:

- Bioquímica hemática: glicemia, calcio y función renal.
- En orina: sedimento urinario.

La determinación del residuo posmiccional: es una técnica muy útil para orientar en la patogenia de la IU, preferiblemente por ultrasonido, debiendo realizarse estudio urológico en pacientes con residuo mayor de 100 mL.

El nivel de evaluación especializado se recomienda en pacientes seleccionados, por lo general requieren de otros especialistas para su evaluación y manejo así como la indicación de estudios urodinámicos. Los criterios para la remisión de un paciente con IU a la atención secundaria son los siguientes:

- Hallazgo de anomalías anatómicas macadas: prolapso uterino, hiperplasia prostática. Residuo posmiccional elevado.
- Infecciones urinarias a repetición.
- Hematuria sin causa aparente.
- Necesidad de estudios especializados.
- Persistencia de incontinencia tras el tratamiento de una causa transitoria.

Bases para la atención

El tratamiento de la IU en el adulto mayor se basa en diversas opciones terapéuticas que se complementan entre sí, pero el tratamiento debe ser individualizado y específico para cada paciente. No siempre es posible lograr la curación en todos los pacientes mayores pero se puede disminuir la severidad de los escapes involuntarios de orina. Las evidencias muestran que con el tratamiento disponible es probable recuperar el control vesical en un porcentaje próximo al 30-40 % y disminuir la severidad de la IU en otro 40-50 % de los casos.

Entre las opciones terapéuticas se encuentran: prevención, medidas generales, técnicas de modificación de conducta, fármacos, cirugía, estimulación eléctrica, conos vaginales, cateterismo vesical intermitente o permanente y tratamiento paliativo:

- Prevención. Está dirigida a:
 - Evitar la sedación excesiva.
 - Prever la impactación fecal.
 - Disminuir las barreras arquitectónicas.
 - Facilitar servicios sanitarios inaccesibles.
 - Reducir o cambiar los fármacos potencialmente adversos para la función vesicouretral.
- Medidas generales:
 - Reducir consumo de excitantes vesicales: café, alcohol y té.
 - Señalización del cuarto de baño.
 - Utilización de orinales, cuñas o patos cuando se precise.
 - Simplificar la vestimenta con cierres sencillos como elásticos y velcros.
- Técnicas de modificación de conducta. Son altamente eficaces y pueden ser realizadas por el propio paciente o por el cuidador:
 - Ejercicios del suelo pélvico.

- Reentrenamiento vesical.
- *Biofeedback*.
- Entrenamiento miccional.
- Micciones programadas.

Tratamiento de las causas transitorias:

- Tratamiento farmacológico:
 - Anticolinérgicos: oxibutinina, tolterodina y solifetracina. Para la IU de urgencia.
 - Duloxetina para la IU de esfuerzo.
- Tratamiento quirúrgico. De elección para la IU de esfuerzo y por rebosamiento de causa obstructiva:
 - Fijación de la musculatura pélvica con diferentes técnicas quirúrgicas.
 - Corrección quirúrgica de la causa obstructiva (hiperplasia prostática, prolapso uterino, estenosis uretral).
- Estimulación eléctrica intravaginal o rectal.
- Conos vaginales. Para la IU de esfuerzo.
- Cateterismo vesical intermitente o permanente. De elección en los casos de IU por rebosamiento con alteración contráctil.
- Tratamiento paliativo:
 - Colectores externos/taponos uretrales.
 - Pañales.

A continuación se mencionan una serie de precauciones relacionadas con el cateterismo vesical que se deben tener en cuenta:

- Se relaciona con un incremento del riesgo de infección.
- El tipo permanente debe limitarse a pacientes que por su evolución clínica necesitan medida exacta de su diuresis, incontinentes inmovilizados con úlceras de decúbito y cuando la situación funcional del paciente o la falta de apoyo familiar o social impidan la realización del cateterismo vesical intermitente.
- Mantener el sistema estéril.
- No utilizar de forma rutinaria el antibiótico-terapia profiláctica.
- En caso de obstrucción del catéter, aumentar la ingesta de líquidos y acidificar la orina.

Depresión

Concepto

Según el comité de expertos de gerontopsicología de la OMS, la depresión es el problema de salud más común en la población adulta mayor, condicionado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales; a su vez es el síndrome geriátrico más frecuente en la consulta externa de los pacientes mayores de 60 años, produce alto grado de discapacidad y representa un problema socio-familiar y de salud pública.

Magnitud del problema

La frecuencia de la depresión en el adulto mayor varía, pero de forma general es elevada en esta población, en base a su alta incidencia, recurrencia aumentada y tendencia a la cronicidad. La mayoría de los autores consideran que la depresión en el adulto mayor está infradiagnosticada: un factor que interfiere negativamente al establecer su diagnóstico es la creencia muy extendida, de que la depresión es la consecuencia lógica del envejecimiento psicológico.

Se estima que uno de cada diez adultos mayores la sufre de una manera más o menos periódica; y se calcula que tan sólo uno de cada tres acude al médico y se trata. En nuestro medio algunos trabajos sobre la prevalencia de los síntomas depresivos en adultos mayores que acuden a los consultorios de médico de familia, se encuentran entre 16,5 y 34,7 %.

Repercusiones

Las personas deprimidas mayores de 60 años tienen más probabilidades que los más jóvenes de presentar sintomatología psicótica (ideas delirantes de tipo de culpabilidad, nihilismo, persecución, celos) y melancólica (asociados a la depresión endógena); así como, los sentimientos de culpa, la ideación suicida y el suicidio.

Bases para la evaluación

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Es frecuente que el médico de atención primaria considere como “causa” de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros, por lo cual la considera “justificada” y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión.

La depresión es un estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más. Se deberán presentar también al menos dos de los siguientes síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, los adultos mayores por su dificultad para el proceso mental de las emociones y los sentimientos, pueden no percibir este estado de ánimo alterado, y hay que prestar atención a la sintomatología física para llegar al diagnóstico de depresión; todo esto trae como consecuencia que se presente de forma enmascarada, y no se detecte adecuadamente. Los síntomas hipocondríacos aparecen en, aproximadamente, el 65 % de los adultos mayores con depresión, y se describen como factor de riesgo para el suicidio.

Un alto porcentaje de los mayores deprimidos revelan alteraciones cognitivas, por eso la importancia de diferenciar bien la depresión del síndrome demencial, aunque es importante conocer que la demencia puede coexistir con depresión.

Prácticamente todas las personas mayores de 60 años que sufren de depresión se quejan de falta de energía y a veces es el único síntoma que indica el inicio de una depresión. La anhedonia es el síntoma más temprano de depresión; es característico el desinterés por todas las ocupaciones que antes le resultaban gratas y la pérdida de ilusión, frecuentemente, junto con la tristeza, aparece un sentimiento de angustia, que puede reflejarse tanto a nivel psíquico (nerviosismo, inquietud interior) como somático (cefaleas de tensión, bolor esofágico, meteorismo, diarreas, tensión muscular, etc.), aunque los síntomas que se presentan más frecuentemente en adultos mayores con diagnóstico de depresión mayor son: ánimo deprimido, pérdida del interés a sus actividades cotidianas, ansiedad psíquica, síntomas somáticos, ansiedad somática, culpa, alteraciones del sueño, alteraciones del apetito e ideación suicida.

La mayoría de los estudios de seguimiento de la depresión en anciano, dicen que esta sigue la regla de los tercios: un tercio mejoran y siguen mejor; un tercio mejoran pero recaen; un tercio no mejoran o lo hacen marginalmente. Es un signo de mal pronóstico la aparición de alteraciones cognitivas por recurrencia de la depresión.

La más seria consecuencia de la depresión tardía, especialmente si no es tratada o es inadecuadamente tratada, será el incremento de la mortalidad por suicidio o enfermedades somáticas, aumentando la discapacidad asociada con trastornos cognitivos y médicos y resultando en un alto costo en los cuidados de salud.

Bases para la atención

La terapia antidepresiva en adultos mayores es frecuentemente complicada por comorbilidad de enfermedades médicas, la polifarmacia y por el aumento de sensibilidad a los efectos de los fármacos, pero siempre

se puede usar técnicas de psicoterapia, fármacos antidepresivos y técnicas de medicina natural; la clave consiste en la identificación e intervención precoz. Antes de seleccionar una opción de tratamiento se deberían considerar los factores coexistentes, ej.: vulnerabilidad de la personalidad, habilidades para enfrentar circunstancias de estrés social, comorbilidad, etc

Es muy importante para el médico general integral el tratamiento social a los mayores deprimidos, en este aspecto se hace referencia no solamente al apoyo por parte de la comunidad mediante facilidades de subsistencia y atención priorizada a este grupo poblacional, sino también al núcleo familiar como elemento de indiscutible valor en la recuperación y control de tratamiento; en la comunidad han de crearse estructuras que proporcionen un equilibrio entre los elementos psicológicos, económicos, sociales y ecológicos que mejoren el estado de salud física y mental, así como la capacidad para ejercer autonomía.

Para realizar un adecuado abordaje medicamentoso de la depresión en los adultos mayores se debe saber los siguientes preceptos:

- Usar al inicio la mitad de las dosis que en el adulto más joven.
- Las dosis terapéuticas se deben alcanzar de forma progresiva.
- Tener presente las reacciones secundarias del fármaco seleccionado.
- Precisar los medicamentos que toma el paciente como tratamiento de otras enfermedades.

El antidepresivo ideal para usar en adultos mayores debería no ser cardiotoxico, carecer de efectos ortostáticos, tener un bajo poder sedativo, no interferir en la memoria y no provocar alteraciones funcionales. Una vez que se obtiene la respuesta terapéutica deseada, el tratamiento de mantenimiento debe ser más prolongado (no inferior a 1 año).

Los antidepresivos tricíclicos por su efecto anticolinérgico (visión borrosa, constipación, sequedad bucal, taquicardia sinusal, retención urinaria, confusión mental y síndromes delirantes); cardiovasculares (hipotensión ortostática, taquicardia sinusal, efectos antiarrítmicos y edemas de miembros inferiores), no son recomendados en adultos mayores, asimismo están contraindicados en pacientes con trastornos cognitivos, en los que presenten cardiopatía isquémica e hipotensión ortostática.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tienen menos efectos adversos que los antidepresivos tricíclicos, a excepción de la paroxetina que produce ligera sedación y efectos anticolinérgicos. Estos antidepresivos aportan seguridad, eficacia y reducción

de efectos adversos, siendo el grupo de elección en el tratamiento de la depresión en el adulto mayor.

En la medicina moderna, además de los fármacos, forman parte otras alternativas de tratamiento como la terapia ocupacional, la musicoterapia, ludoterapia, la zooterapia, y la actividad física.

Al finalizar el tratamiento al adulto mayor deprimido en la comunidad debemos evaluar:

- Respuesta parcial al tratamiento o mejoría parcial: proceso de disminución de la intensidad y número de síntomas depresivos, sin desaparecer.
- Remisión: periodo que se inicia en el momento en que desaparecen totalmente los síntomas y hasta 6 meses después.
- Recuperación: periodo mayor a 6 meses durante el cual el paciente esté asintomático.
- Recaída: reaparición o agravamiento de los síntomas depresivos durante la remisión o la recuperación.
- Recurrencia: reaparición de la enfermedad, después de un periodo de recuperación mínimo de 6 meses.

Deterioro cognitivo y demencias

Concepto

La memoria es la capacidad para retener y hacer uso posterior de una experiencia, condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva. Esta es una de las funciones que con mayor frecuencia se deteriora en los adultos mayores, tanto por el envejecimiento como por el efecto de enfermedades sobre el sistema nervioso.

La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro o la pérdida de las funciones intelectuales, es adquirida y compromete diferentes áreas de la actividad mental: memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, personalidad, juicio, etc., de acuerdo con su etiología. Con afectación de la actividad sociofamiliar del paciente, en una persona con inteligencia y nivel de consciencia previo normal.

Entre los sujetos normales y aquellos con demencia existen pacientes que presentan fallos discretos, pero significativos de memoria, y con frecuencia otras funciones cognitivas, pero que no muestran un deterioro apreciable de su capacidad funcional en la vida diaria, por lo tanto no podemos plantear el Síndrome Demencial. Esta situación ha obligado a crear categorías intermedias que han recibido diversas denominaciones: amnesia senil benigna, deterioro cognitivo relacionado con la edad o fase preclínica de la enfermedad. Fue Petersen, quien acuñó el término que se utiliza en la actualidad, como deterioro cognitivo mínimo o leve (DCM). Estadio de

gran importancia clínica, pues puede devenir en demencia, por lo que su diagnóstico precoz y seguimiento evolutivo es hoy piedra angular en este tema.

Magnitud del problema

El síndrome demencial es la causa más común de los trastornos cognitivos en el adulto mayor. Estas enfermedades no solo provocan un alto nivel de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional, sino también un alto nivel de discapacidad, sobrecarga social y familiar.

Dentro del síndrome demencial, es la enfermedad de Alzheimer la de mayor prevalencia. Descrita por Alois Alzheimer en 1906, es la principal causa de demencia, constituye del 50 al 60 % de los síndromes demenciales en estudios posmortem, y es el tercer problema de salud en el hemisferio occidental. Con una prevalencia del 1 al 2 % alrededor de los 65 años, aumenta de manera exponencial cada 5 años, para el 32 % a los 85 a 90 años de edad. Le siguen en orden de frecuencia las demencias vasculares (25 %) y las demencias por cuerpos de Lewy (10 al 15 %).

En Cuba de acuerdo con el Grupo de Investigación en Demencias 10/66 del profesor Juan Llibre y colaboradores, existen en el país alrededor de 100 000 personas con enfermedad de Alzheimer (EA) u otro tipo de demencia, se reportó una prevalencia entre 7,2 y 9,3 por cada 100 adultos mayores de 65 años, con un predominio del sexo femenino y de la EA, seguido de la demencia vascular. La prevalencia del deterioro cognitivo mínimo aumenta con la edad y puede llegar hasta el 85 % en sujetos de 80 años de edad y más. De acuerdo con el proyecto 10/66 se determinó una prevalencia de 3,7 % de DCM.

Clasificación etiológica

La enfermedad demencial es multifactorial, entre los factores de riesgo de naturaleza no genética están: la edad avanzada, historia familiar de demencia en uno o más familiares de primer grado, género femenino, sobre todo después de los 80 años, y padecer síndrome Down.

Otros factores de riesgo son: bajo nivel de escolaridad, bajo cociente intelectual, diabetes mellitus, tabaquismo, alcoholismo, deficiencia en folatos, hiperhomocisteinemia, hipertensión arterial en la edad adulta, elevación de colesterol total y colesterol LDL, entre otras.

La clasificación etiológica de las demencias es la siguiente:

- De origen degenerativo:
 - Enfermedad de Alzheimer.

- Demencia por cuerpos de Lewy difusos.
- Enfermedad de Pick.
- Demencia asociada con enfermedad de Parkinson.
- Parálisis supranuclear progresiva.
- Demencias vasculares:
 - Demencia multiinfarto.
 - De pequeños vasos: lacunares, microinfartos y leucoencefalopatía.
 - Infartos estratégicos.
 - Hemorragias.
- De origen infeccioso:
 - Neurosífilis.
 - Asociada con el sida.
 - Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
 - Encefalitis herpética.
- De origen metabólico o nutricional:
 - Hipo e hipertiroidismo.
 - Hipoparatiroidismo e hiperparatiroidismo.
 - Insuficiencia renal.
 - Insuficiencia hepática.
 - Déficit de vitamina B12 o folato.
- De origen tóxico:
 - Asociada con el alcohol: demencia alcohólica, enfermedad de Korsakoff y de Marchiafava-Bignani.
 - Otros tóxicos: aluminio, arsénico, bismuto y plomo.
- De origen neoplásico. Tumores cerebrales primarios y metastásicos.

Bases para la evaluación

La mayoría de las personas al envejecer se quejan de una mayor frecuencia de olvidos cotidianos, los cuales no interfieren en su vida diaria. Este trastorno de la memoria relacionado con la edad es muy común y no se considera patológico. No obstante, la pérdida de memoria casi siempre es el primer síntoma de una demencia comenzante, por lo que debe evaluarse cada caso de manera individualizada y hacer seguimiento evolutivo en el tiempo de las quejas referidas.

A más de 280 años de la introducción de la primera definición, no se ha logrado todavía un concepto universalmente aceptado para esta entidad, lo cual se ha polemizado en los últimos decenios y aunque hay opiniones múltiples, se ha llegado a coincidir en algunos puntos:

- La demencia es un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas y signos que deben inducir al médico a investigar las causas.
- Es de carácter crónico y habitualmente progresiva, ningún paciente se demencia bruscamente.
- Es adquirida.

- Produce incapacidad y dificultades sociofamiliares.
- Puede ser reversible o irreversible, en dependencia de la causa que la origina.

El adulto mayor con un posible trastorno de la memoria debe ser sometido a un estudio clínico, con una evaluación neurológica que incluya el examen de las funciones cognitivas, así como una valoración neuropsicológica y la realización de pruebas más complejas de acuerdo a cada paciente.

El diagnóstico de la demencia se basa fundamentalmente en la evaluación clínica y esta requiere, como condición excluyente, de una exhaustiva valoración de la función cognitiva. La evaluación neuropsicológica puede subdividirse en dos niveles de complejidad: un primer nivel consistente en la administración de escalas breves, estandarizadas y sencillas como el test de Pfeiffer y el mini-mental *state examination*, entre otros, que permitan alcanzar el diagnóstico cognitivo global y de una posible demencia. Un segundo nivel de mayor complejidad, en el que neuropsicólogos entrenados administran baterías neurocognitivas más complejas, con el fin de acotar el estadio evolutivo, la severidad del deterioro, al tiempo que se establecen el (los) dominio (s) cognitivo (s) que se hallan afectados, para facilitar el diagnóstico diferencial y orientar el plan terapéutico.

Los cuestionarios representan una ayuda en el proceso de valoración, ya que son útiles para el control de la evolución del paciente, así como para programas de despistaje de deterioro cognitivo, tanto en el medio hospitalario como comunitario.

La evaluación breve puede ser realizada por cualquier profesional de la salud mínimamente entrenado. Por lo general el tiempo de realización de estas pruebas no suele ser superior a los 10 o 15 min. Mediante estas pruebas o test breves de screening, se puede determinar la existencia o ausencia de déficit cognitivo en el paciente, pero no es posible, por tanto, hacer una interpretación pormenorizada de las funciones alteradas o del grado de disfunción, ya que esto requiere una evaluación más extensa y especializada. Dichos test breves son asimismo útiles para realizar el seguimiento del posible deterioro cognitivo del paciente —evaluación cada 6 a 12 meses, según evolución—, a fin de determinar la progresión o no de los déficit.

El diagnóstico siempre ha de realizarse sobre la base de la historia clínica y de acuerdo con los criterios del DSM-IV establecidos al respecto u otros criterios validados (el DSM-IV, más recientemente y el DSM-IV-R son los criterios más utilizados).

Criterios establecidos por el DSM-IV para el síndrome demencial:

- Presentar deterioro de la memoria a corto plazo, 5 min, y, a largo plazo, hechos, fechas y personas conocidas en el pasado.
- Tener al menos una de las alteraciones cognitivas siguientes:
 - Afasia: alteración del lenguaje, comprender, denominar.
 - Apraxia: deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta.
 - Agnosia: fallo en el reconocimiento o la identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta.
 - Alteración de la actividad constructiva, ejecución: planificar, organizar, secuenciar y abstraer.
- Repercusión significativa en las actividades laborales y/o sociales.
- Sufrir un declive o merma respecto a un nivel de funcionamiento previo.
- Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirio, aunque este puede superponerse a la demencia.
- Esté etiológicamente relacionada con una causa orgánica o a los efectos persistentes de una sustancia, incluyendo exposición a toxinas, o a una combinación de ambos.

Criterios para el deterioro cognitivo leve:

- Manifieste quejas de memoria, preferentemente corroboradas por un informante.
- Se compruebe deterioro objetivo de la memoria.
- Haya función cognitiva general conservada.
- Mantenga realización de actividades de la vida diaria conservada.
- No cumple los criterios de demencia.

Los datos clínicos, donde el interrogatorio al paciente, al familiar o cuidador, con un buen examen físico y algunos estudios, siguen dando la mejor y mayor información para el diagnóstico.

No se debe ni se puede ser superficial al evaluar el deterioro cognitivo y mucho menos justificar el mismo a “los cambios irremediables del envejecimiento”.

Pruebas de laboratorio

Deben individualizarse y basarse en la historia clínica del paciente. La realización de estas exploraciones tiene por objetivo ayudar a establecer el diagnóstico causal del síndrome demencial. Parece existir un acuerdo con

practicar una serie de pruebas de forma rutinaria, la mayoría realizables en atención primaria, y otras pruebas opcionales según la sospecha diagnóstica y que requieran la intervención de equipos especializados. Las exploraciones rutinarias incluyen:

- Determinaciones en sangre y orina: glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, aminotransferasas, gamma-GT, fosfatasa alcalina y albúmina, además de pruebas de función tiroidea y niveles de B12, hemograma completo, serología de lúes, solamente si el paciente tiene factores de riesgo específicos, además, análisis elemental de orina.
- Electrocardiograma y radiología simple de tórax.
- Pruebas de neuroimagen: TAC o RNM craneales, aconsejadas en principio a todo paciente en estudio de demencia para valorar la enfermedad estructural. Están especialmente indicadas y, por tanto, deben realizarse con prontitud en pacientes menores de 65 años, antecedentes de trauma craneal reciente, cáncer, uso de anticoagulantes o historia de trastorno de la hemostasia, deterioro cognitivo rápido, 1 o 2 meses, incontinencia urinaria precoz y trastornos precoces de la marcha.
- Punción lumbar: solo en caso de sospecha de infección del SNC, serología de lúes positiva, hidrocefalia, edad inferior a 55 años, demencia inusual o rápidamente progresiva, inmunodepresión, sospecha de vasculitis del SNC o presencia de enfermedad metastásica.
- Otros estudios: en algunos pacientes puede ser necesario realizar otros exámenes, como EEG para descartar enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, LCR infecciones del SNC, examen de VIH, RMN, trastornos de la sustancia blanca, y en otros casos se usará tomografía positiva para mejor apreciación de lesiones.

El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer es clínico, no existen test de laboratorio que confirmen la presencia de la enfermedad, ya que la certeza, hasta ahora, se obtiene a través de la autopsia.

Otra cuestión importante de la evaluación psiquiátrica es el diagnóstico diferencial entre la depresión, el estado de confusión agudo y la demencia. Los trastornos que pueden interferir con el funcionamiento de la memoria y simular una demencia son:

- Depresión u otras pseudodemencias.
- Trastornos de la atención: estado de confusión agudo.
- Afasia.
- Defectos sensoriales: visuales y auditivos.

Cuando no se constata merma en la capacidad funcional, puede que se esté asistiendo a un sujeto en los

estadios iniciales de una demencia, cuyo trastorno cognitivo sea ligero. Una reevaluación en seis meses permitirá en la mayoría de estos casos constatar la progresión del trastorno, aunque a veces se requiere un tiempo de observación mayor para estar seguros del diagnóstico.

Bases para la atención

- Tratamiento no farmacológico. Lo ideal es que el paciente sea evaluado por un equipo multidisciplinario, ya que su manejo involucra distintos factores, como el apoyo a la familia, al cuidador y la estimulación física y mental. Para ello, se tendrá en cuenta lo siguiente:
 - Preparar un lugar grato donde el paciente se sienta a gusto, no esté expuesto a peligros.
 - Optimizar la seguridad, evitando que el paciente tenga que utilizar escaleras.
 - Mantener una adecuada alimentación e hidratación.
 - Utilizar la menor cantidad de medicamentos posibles.
 - Eliminar factores que puedan agitarlos y precipitar conductas agresivas.
 - Es importante el apoyo a la familia y al cuidador.
- Tratamiento farmacológico. La percepción de que la enfermedad de Alzheimer es una condición médica que puede ser tratada con objetividad, continúa sin ser reconocida por la mayoría de los médicos. Los avances recientes y los medicamentos disponibles permiten la estabilización y la mejoría del funcionamiento cognitivo, e incluso de manifestaciones conductuales y de las habilidades funcionales del paciente, cuando estos tratamientos se inician en las fases tempranas de la enfermedad. Sin embargo, desafortunadamente transcurrirán años antes que se alcance la cura de la enfermedad.

Los inhibidores de la colinesterasa son en la actualidad las drogas más utilizadas en el tratamiento sintomático de la enfermedad y con mejores resultados. La acetilcolina es sintetizada en las neuronas presinápticas de sus precursores colina acetilcolina, por la enzima colina acetiltransferasa (ChAT); cuya actividad se encuentra reducida en los cerebros de pacientes con enfermedades de Alzheimer.

Estos medicamentos proporcionan unos beneficios terapéuticos moderados, pero incuestionables en al menos el 50 al 65 % de los enfermos y en las tres esferas en que se manifiesta la enfermedad, intelectual, conductual y de dependencia de un cuidador. Lo que cabe esperar, sobre todo de los medicamentos anticolinesterásicos, es un efecto de no empeoramiento al ritmo natural de la enfermedad. Los anticolinesterásicos “detienen”

durante al menos 12 a 24 meses el deterioro progresivo del enfermo, y mantienen los síntomas estabilizados.

Las intervenciones para las manifestaciones conductuales deben ser guiadas por el grado de distrés y del riesgo de pacientes y cuidadores: si hay poco distrés o peligro, a menudo lo único que se requiere es reaseguración y distracción. Si el paciente u otras personas están en peligro, se necesita tratamiento farmacológico. La primera prioridad en estos casos es una correcta evaluación médica, ya que la agitación, la ansiedad, el insomnio, la agresividad y la confusión, entre otros problemas, pueden deberse a un problema médico oculto, *discomfort* físico, hambre, constipación, medicación inadecuada, cambios en el entorno familiar, etc. Otro principio útil es comenzar y mantener la dosis mínima necesaria, para el alivio o desaparición de los síntomas, recordar la coexistencia de otras enfermedades crónicas y medicaciones en el anciano, así como los efectos colaterales e interacciones de los medicamentos empleados.

Los antipsicóticos más utilizados incluyen la tioridazina, el haloperidol, la clorpromacina y los agentes más recientes como la clozapina y la risperidona. Las benzodiacepinas pueden tener más alta probabilidad de efectos colaterales y más baja de beneficios que los antipsicóticos, sin embargo, pueden ser de ayuda para tratar la agitación en aquellos pacientes en que la ansiedad es prominente.

Se ha descrito hasta el 5 al 8 % de episodios de depresión mayor en pacientes con Alzheimer. Las drogas antidepresivas tendrían una eficacia similar, por lo que la elección debe basarse en sus efectos adversos. Los antidepresivos se usan para mejorar la apatía, el *status* funcional y cognitivo, así como la calidad de vida en el paciente deprimido. Muchos clínicos eligen un inhibidor de la recaptación de serotonina como tratamiento inicial, por sus efectos colaterales más leves y su empleo en una sola dosis, como fluoxetina, paroxetina y sertralina que se citan entre los más recomendados. Entre los agentes tricíclicos y heterocíclicos, el razonamiento teórico y la experiencia clínica sugieren evitar agentes con actividad colinérgica prominente, por ejemplo, amitriptilina, nortriptilina, trazodona y desipramina.

Cuando la causa del trastorno cognitivo tiene un tratamiento específico, este debe comenzarse lo antes posible, ya que cuando la curación es tardía, el paciente queda con un deterioro neurológico permanente (Tabla 55.8).

Cuidados y cuidador

Las demencias cambian toda la dinámica personal y familiar, a medida que pasa el tiempo, se van intensificando y sumando nuevos déficit, que hacen del paciente

Tabla 55.8. Causa y tratamiento específico del deterioro cognitivo

Causa	Tratamiento
Vascular	Control de factores de riesgo Antiagregantes
Hidrocefalia normotensa	Derivación de LCR
Hematoma subdural	Tratamiento quirúrgico
Encefalopatías metabólicas	Corrección del trastorno
Encefalopatías por drogas	Supresión de las drogas
Infecciones del SNC	Antimicrobiano específico

alguien cada vez más dependiente del cuidador (es), por lo general de un cuidador, con mayor frecuencia mujer, esposa o hija.

Desde la negación y no aceptación de la enfermedad en estadios iniciales por parte del cuidador y de la familia, en el que se presentan evolutivamente, ansiedad, depresión, irritabilidad, trastornos del sueño, rechazo, agotamiento físico e intelectual, bajos rendimientos, tiene que modificar su ritmo y forma de vida, para dedicarse al cuidado.

Diferentes investigaciones han identificado como posibles factores de riesgo de sobrecarga psicofísica en el cuidador familiar los siguientes:

- En relación al enfermo:
 - Demencia avanzada.
 - Larga duración desde el diagnóstico de la enfermedad.
 - Alucinaciones, delirios o confusión.
 - Agresividad, agitación y negativismo.
 - Incontinencia, vómitos y úlceras por presión.
 - Insomnio.
 - Con múltiples enfermedades crónicas.
- En relación al cuidador:
 - Con mala salud física previa.
 - Con historial previo de depresión o de trastornos de personalidad.
 - Sin cónyuge, pareja o amigos íntimos.
 - Adulto mayor.
 - Sin otra actividad aparte del cuidar.
 - Sin otros parientes que convivan en el domicilio.
 - Bajo nivel económico.
 - Ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos.
 - Desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico.

Cómo cuidar al cuidador:

- Desarrollar cursos o programas de capacitación en las Áreas de Salud con un equipo con conocimientos acerca del Síndrome Demencial, destinados a informar, preparar a los familiares acerca de la enfermedad, su evolución y tratamiento.

- Planificar actividades de ocio, buscar apoyo en otros familiares, para “distribuir el cuidado” del paciente con Alzheimer.
- Crear grupos de apoyo entre los cuidadores de esta enfermedad.
- Aprender técnicas de relajación psicofísica, técnicas de respiración, caminar en espacios libres lejos del enfermo, visualización distractiva, yoga, etc.
- Establecer rutinas para el paciente: horario de baño, comida, medicación, etc.
- Cuidar especialmente los propios descansos y la propia alimentación: parar 10 min cada 2 h, dormir las horas suficientes y mantener una dieta adecuada.
- Tomarse también cada día una hora para realizar los asuntos propios. Asimismo permitirse un merecido descanso diario o semanal, fuera del contacto directo con el enfermo.
- Compartir sus pensamientos y criterios con otros familiares y amigos de forma sincera y sin prejuicios.
- No suplir aquellas actividades que el propio paciente pueda realizar.
- Mantener contacto con el equipo de atención médica del paciente para recibir apoyo, orientación no farmacológica y farmacológica de acuerdo con las necesidades en cada etapa.

Estado confusional agudo

Concepto

El estado confusional agudo (ECA) se define como una alteración transitoria del estado mental, caracterizado por la presencia de diferentes manifestaciones clínicas, principalmente alteración del nivel de conciencia y atención, junto con otras alteraciones de la esfera cognitiva y no cognitiva.

La causa siempre es orgánica y multifactorial, tiene un inicio agudo, evolución fluctuante a lo largo del día, con alternancia de intervalos lúcidos diurnos y empeoramiento nocturno. Constituye una urgencia en geriatría. Puede ser la forma clínica de presentación de enfermedades graves o aparecer en el curso de ellas, a veces asociado al tratamiento farmacológico utilizado.

Magnitud del problema

Se relaciona con:

- Incremento en el número de hospitalizaciones y estadía más prolongada.
- Aumento de las complicaciones: caídas, infecciones y úlceras por presión.
- Mayor discapacidad.
- Institucionalización.

- Incremento de la comorbilidad y mortalidad.
- Aumento de los costos económicos.

La incidencia y prevalencia del ECA varían en dependencia de la edad, el paciente y el nivel de atención. La incidencia aproximada delirium está entre el 10 y 15 %, y su prevalencia llega a estar entre el 10 y 40 %.

Etiología

- Trastornos metabólicos y endocrinos:
 - Alteraciones electrolíticas y ácido-básicas.
 - Hipoxia/hipercapnia.
 - Déficit nutricionales.
 - Hipoglucemia/hiperglucemia.
 - Azoemia.
 - Hipertiroidismo/hipotiroidismo.
- Infecciones:
 - Neumonía.
 - Endocarditis.
 - Sepsis urinaria.
 - Septicemia.
- Disminución del gasto cardiaco:
 - Deshidratación.
 - Pérdida aguda de sangre.
 - Infarto agudo de miocardio.
- Fármacos.
- Hipotermia o hipertermia.
- Enfermedades cerebrovasculares:
 - Vasculares (isquemia/hemorragia cerebral).
 - Traumatismos.
 - Neoplasia primaria o metastásica.
 - Infecciones (encefalitis, absceso).
- Transferencia a un ambiente desconocido.
- Otros:
 - Impactación fecal.
 - Retención urinaria.
 - Cirugía.
 - Intoxicación por alcohol etílico, medicamentos.
 - Abstinencia por alcohol, medicamentos.

Entre los medicamentos que frecuentemente se asocian con delirio se pueden mencionar: antidepresivos, antipsicóticos, antiarrítmicos, hipnóticos, sedantes, corticoides, antiinflamatorios, agonistas dopaminérgicos, antihistamínicos, digitálicos, antibióticos, anticolinérgicos y narcóticos.

Bases para la evaluación

En la práctica clínica se interroga a los familiares o cuidadores de los pacientes sobre la forma de comienzo,

duración, factores desencadenantes y precipitantes, síntomas, condiciones sociales y ambientales, antecedentes de enfermedades sistémicas, neurológicas y psiquiátricas previas, uso reciente o continuado de sustancias y exposición a tóxicos, entre otros. Con el examen físico se trata de identificar el factor desencadenante.

Los criterios diagnósticos se basan en primer lugar en la definición que ofrece la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV):

- Alteración de la conciencia con imposibilidad de focalizar, sostener o cambiar la atención.
- Alteraciones cognitivas, déficit de memoria, desorientación, trastornos del lenguaje, o desarrollo de disturbios perceptuales no atribuibles a una demencia persistente o en evolución.
- Los trastornos se desarrollan en un corto periodo de tiempo (horas o días) con tendencia a la fluctuación a lo largo del día.
- Existen evidencias de una condición médica general o intoxicación, medicamentos u otros tóxicos, o por combinación de distintas causas.

Los subtipos fundamentales de estado confusional agudo son los siguientes:

- **Hipoactivo:** se caracteriza por actitud letárgica y actividad psicomotora reducida. Esta forma generalmente no es reconocida, por lo que tiene peor pronóstico.
- **Hiperactivo:** el paciente está agitado, agresivo e hipervigilante, pocas veces pasa inadvertido.
- **Mixto:** alternan la hiperactividad e hipoactividad.

El cuadro clínico se caracteriza por:

- Trastorno severo de la capacidad para mantener la atención a estímulos externos.
- Desorganización del pensamiento: lenguaje irrelevante o incoherente.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Trastornos perceptuales, ilusiones o alucinaciones.
- Trastorno del ciclo sueño, vigilia, insomnio nocturno y somnolencia diurna.
- Desorientación en tiempo, persona o lugar.
- Incremento o disminución de la actividad psicomotora.
- Trastorno de la memoria reciente.
- Instalación aguda y evolución fluctuante.
- EEG lento generalizado.

La evolución es variable, la recuperación depende de un diagnóstico rápido y correcto así como de un tratamiento precoz. El ECA se caracteriza por su reversibilidad, aunque existe un porcentaje de casos que no revierten la situación.

Exámenes complementarios

Los complementarios que están indicados ante un paciente mayor confundido son:

- Hemograma completo.
- Eritrosedimentación.
- Bioquímica: función hepática, renal, glucemia y electrolitos.
- Gasometría.
- Estudio del LCR.
- Electrocardiograma.
- TAC de cráneo.
- Parcial de orina.
- Rayos X de tórax.
- Electroencefalograma.
- Determinación de niveles de medicamentos.

Bases para la atención

- Individualizar cada caso.
- Identificar y tratar las causas subyacentes.
- Aplicar medidas medioambientales –protocolos de intervención y evaluar factores de riesgo.
- Prescripción de drogas acorde con los síntomas predominantes.
- Revisión clínica regular.
- Cuidado por parte de un familiar o cuidador conocido.

El tratamiento requiere cuatro tipos: preventivo, general, sintomático y etiológico:

- Tratamiento general. Se basa en los elementos siguientes:
 - Cuidado para la protección contra lesiones: ventanas protegidas, camas bajas y evitar sujeción.
 - Evitar objetos en la habitación que alteren la percepción.
 - Buena iluminación con luz natural diurna y luz tenue nocturna para permitir la ubicación del paciente.
 - Evitar ruidos excesivos y sujeción en lo posible.
 - Evitar determinaciones de laboratorio nocturnas, así como adaptar los horarios de las medicaciones.
 - Presencia en la habitación de elementos para la orientación, como reloj y calendario visibles y objetos personales.
 - Restaurar el uso de anteojos y audífonos si el estado del paciente lo permite.
 - Proporcionar un ambiente relajado, acompañado de familiares, fotos, música placida, reloj, calendario, eliminar fuentes de ruidos y cambios de habitación, así como mantener una luz tenue por la noche.
 - Suspender los fármacos sospechosos de causar ECA.
 - Medidas básicas.
 - Rehidratación y aporte nutritivo suficiente.

- Tratamiento sintomático. Si el paciente presenta agitación psicomotriz puede utilizarse haloperidol por vía endovenosa u oral. Debe usarse con cuidado en los adultos mayores, ya que, aunque presenta escasos efectos anticolinérgicos, tiene efectos extrapiramidales que aumentan con la dosis y la duración del tratamiento. Este efecto adverso se puede contrarrestar con el uso de benadrilina.
- Tratamiento etiológico. Es fundamental tratar la causa subyacente.

Problemas relacionados con el uso de fármacos en los adultos mayores

Los adultos mayores presentan pluripatología, mayor consumo de fármacos y cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento que alteran la farmacocinética y fármaco-dinámica de los medicamentos que contribuyen a una mayor sensibilidad a determinadas drogas, a un aumento correspondiente en la incidencia de reacciones medicamentosas adversas (RAM) y a que la interacción medicamentosa se manifieste con mayor frecuencia y severidad en este grupo. De ahí la importancia del conocimiento de los problemas relacionados con medicamentos (PRM) en el adulto mayor, así como las estrategias adecuadas para su atención.

La polifarmacia, definida como el consumo diario de cuatro o más fármacos, supone un mayor riesgo de utilización de medicaciones inadecuadas, de interacciones medicamentosas, de RAM y de mortalidad en el adulto mayor.

El uso adecuado de los fármacos y la monitorización estrecha de estos son esenciales en la prevención de las RAM, que si es detectada como tal podrá corregirse, pero la mayor parte de las veces es interpretada erróneamente como empeoramiento de la enfermedad, pobre adherencia al tratamiento o ineffectividad de alguno de los fármacos interactuantes.

Hay múltiples factores que afectan a la calidad de utilización de medicamentos en el adulto mayor. A continuación se destacan los más importantes:

- Interacciones: las interacciones medicamentosas potenciales (IMP) se definen como la probabilidad de que un fármaco altere la intensidad de los efectos intrínsecos de otro, administrados de forma simultánea. El resultado puede ser la intensificación o la disminución de los efectos de uno o ambos medicamentos, o la aparición de un nuevo efecto que no hubiese generado ninguno de los dos por sí solo. Las interacciones se pueden enmascarar o confundir por síntomas atípicos o vagos como pueden ser confusión,

caídas, incontinencia urinaria o debilidad. Por otra parte, los médicos muchas veces no son conscientes de todos los medicamentos que toman sus pacientes, ni de su historial fármaco-terapéutico; además el paciente puede recibir tratamientos de varios médicos a la vez, lo que aumenta el riesgo de combinaciones inapropiadas de fármacos y de duplicidades.

- **Infrautilización de medicación apropiada:** en los últimos años se ha empezado a reconocer que en los adultos mayores la infrautilización de medicamentos puede ser un problema de la misma magnitud que la polifarmacia. Se produce una infrautilización cuando un paciente tiene una patología para la que el tratamiento farmacológico tiene buenas evidencias en la literatura médica, no existe contraindicación y a pesar de todo no se instauro el tratamiento indicado. Se ha asociado la edad avanzada con el infratratamiento de dolor oncológico, diabetes mellitus y asma. Aunque las consecuencias del no tratamiento no están muy estudiadas en población adulta mayor, se podría relacionar con un incremento en la mortalidad, aumento de la hospitalización e institucionalización.
- **Medicación inapropiada:** se define fármaco inapropiado como aquel con un mayor potencial de provocar un daño que un beneficio. La medicación inadecuada o inapropiada hace referencia a los fármacos que deberían ser evitados en los adultos mayores por el riesgo de RAM e interacciones medicamentosas, o por ser ineficaces.
- **Sobreutilización:** frecuentemente el adulto mayor está tomando medicación innecesaria. Existen factores de riesgo sociodemográficos y relacionados con el estilo de vida para la sobreutilización de fármacos en los adultos mayores como: mayor de 85 años, vivir solo o aislado socialmente, problemas socioeconómicos, desnutrición, poca ingesta de agua y sedentarismo o inmovilidad. La automedicación es frecuente en los adultos mayores. La promoción de fármacos directamente entre los adultos mayores y sus familiares y amigos puede ser un factor que afecte a la sobreutilización. Asimismo es importante reconocer la llamada “cascada de prescripción”, un fármaco produce un efecto secundario no reconocido, que es tratado con otro fármaco. En los adultos mayores puede ser más frecuente, debido a que los síntomas inducidos por fármacos en personas de mayor edad se pueden fácilmente malinterpretar como indicadores de una nueva enfermedad o se pueden atribuir al proceso de envejecimiento más que al

tratamiento farmacológico instaurado. Los pacientes con enfermedades crónicas y múltiples fármacos están en particular riesgo.

- **No adherencia al tratamiento:** distintos trabajos indican que entre un tercio y la mitad de los adultos mayores tratados no cumplen adecuadamente los tratamientos y más del 90% toman dosis menores de las prescritas. En sujetos mayores de 60 años la falta de adherencia a tratamientos crónicos condiciona un porcentaje importante de ingresos hospitalarios e incrementa los costos sanitarios.

Muchos son los factores descritos en el adulto mayor como causa de no adherencia al tratamiento. Los más destacados son:

- El aumento de los médicos prescriptores.
- La polimedicación.
- La complejidad de la pauta posológica.
- La depresión y el deterioro cognitivo.

Recomendaciones para mejorar la prescripción en los adultos mayores:

- Realizar una prescripción razonada (diagnóstico preciso y objetivo terapéutico claro).
- Formular para diagnósticos exactos y no para síntomas.
- Considerar tratamientos no farmacológicos.
- Recordar que la aparición de síntomas nuevos puede estar causada por fármacos y no por una nueva enfermedad.
- Obtener los antecedentes medicamentosos para evitar la aparición de IMP y RAM.
- Revisión periódica de la medicación (incluye plantas medicinales, medicamentos sin receta y suplementos dietéticos).
- Interrumpir terapia innecesaria.
- Considerar como posible RAM cualquier nuevo síntoma (caídas, confusión, incontinencia urinaria, cambios de comportamiento, depresión).
- Comenzar con una dosis baja de fármacos e ir aumentándola hasta conseguir la respuesta deseada.
- El régimen de dosis debe ser lo más sencillo posible.
- Promover una relación empática y metas a corto plazo.
- Monitorizar fármacos problemáticos.
- Adecuada comunicación interniveles de atención de salud, con documentos que especifiquen los tratamientos vigentes (con su pauta y duración).
- Educar al cuidador para el soporte del tratamiento.
- Escribir claro y sencillo el nombre y dosis de cada fármaco.

- Usar los horarios de las comidas y al acostarse como guías mnemotécnicas para la toma de fármacos.

Una de las recomendaciones habituales en las guías sobre tratamiento de adultos mayores es la de estimar la función renal de los pacientes usando fórmulas de filtrado glomerular y ajustar las dosis de los medicamentos de acuerdo con estas estimaciones. Esto es debido a que la función renal es uno de los factores farmacocinéticos más importantes que alteran los efectos de los fármacos y el nivel de creatinina sérica no es una medida fiable en los pacientes adultos mayores, porque asume una masa muscular que el paciente mayor puede no tener.

Tradicionalmente se ha utilizado la fórmula de Cockcroft-Gault, el ajuste de la posología se puede conseguir por modificación de la dosis administrada o por ajuste de los intervalos de dosificación. La información sobre la dosificación en insuficiencia renal debe estar escrita en la ficha técnica de cada medicamento.

Evaluación del filtrado glomerular

$$\frac{(140 - \text{edad}) \cdot \text{kg}}{72 \cdot \text{creatinina plasmática (mg \%)}} = \text{FGE en mL/min}$$

o

$$\frac{0,82 \cdot \text{creatinina plasmática (mol/L)}}{72 \cdot \text{creatinina plasmática (mg \%)}} = \text{FGE en mL/min}$$

En las mujeres, se debe multiplicar el resultado por 0,85 al tener menor masa corporal.

Bibliografía

- American Academy of Family Physicians (2004). Summary of policy recommendations for periodic health examinations. Revision 5.6. Leawood, Kan: American Academy of Family Physicians. Disponible en: <http://www.aafp.org/exam.xml>.
- Colectivo de autores (2003). Estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento. Informe Ejecutivo. La Habana: Editorial ONE.
- Colectivo de autores (2012). *Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. Afecciones comunes al adulto mayor*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. 2da. ed.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for phenotype. *J Gerontol*; 56A (3):146-56.
- Hernán LJ, Cano G CA, Fernández GJ (2006). *Fundamentos de Medicina. Geriátrica*. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín. Colombia.
- L P. Fried, L Ferrucci, J Darer, JD. Williamson, G Anderson (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontology*. Vol. 59, No. 3, 255–263.
- ONE (2011). El envejecimiento de la Población. Cuba y sus territorios. 2010. La Habana: Editorial ONE.
- ONE (2011). Encuesta Nacional de Envejecimiento de Cuba y sus territorios. 2010. Principales resultados. La Habana: Editorial ONE.
- Sociedad Española de Geriátrica (2006). *Tratado de Geriátrica para Residentes*. SEGG. Madrid.

Capítulo 56



ATENCIÓN AMBIENTAL

Rosaida Ochoa Soto
María Elena Reyes García

La atención primaria ambiental (APA) se ha intensificado en los últimos años, y se han dedicado importantes debates al análisis del ambiente y el desarrollo, y en qué forma afecta la ampliación de las posibilidades y opciones abiertas del ser humano.

Instituciones académicas, de investigación, ministerios y gobiernos se han pronunciado acerca de la relación entre ambiente y desarrollo, y han expresado sus opiniones en importantes foros científicos, lo que ha contribuido a la ampliación y perfeccionamiento del concepto.

La Cumbre Mundial del Medio Ambiente y Desarrollo, celebrada en Río de Janeiro (1992), más conocida como Cumbre de la Tierra, reafirmó que el ser humano, como centro del desarrollo sustentable, debe vivir con salud y en armonía con la Naturaleza.

Dicha cumbre propuso la instrumentación de estrategias integradas para poder detener el impacto negativo del comportamiento humano sobre el medio ambiente físico y promover un desarrollo armónico sustentable. Además, resaltó que la protección y promoción de la salud humana dependen de la capacidad para regular la interacción entre los medios ambientes físico, biológico, espiritual y económico-social; sirvió para reforzar la relación del medio ambiente sano y equilibrado con el progreso humano y el desarrollo sustentable, y defender el derecho de todas las personas para que tengan acceso a la información sobre el medio ambiente. Esta cumbre de 1992 dio origen a la Conferencia Panamericana de Salud y Ambiente para el Desarrollo Humano Sostenible, realizada en Washington en 1995, la cual enunció importantes lineamientos de trabajo.

Atención primaria ambiental en Cuba

Los antecedentes que podrían enunciarse dentro de esta estrategia están contenidos en las diferentes

acciones realizadas en el quehacer social, a través de la participación popular, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en comunidades y barrios vinculados al mejoramiento de la calidad de vida, y que tienen relación con el ambiente y el desarrollo, como son:

- Participación de la población en actividades de limpieza y saneamiento.
- Tareas de prevención de salud.
- Control y ahorro del agua y la electricidad.
- Recuperación de materiales desechables.
- Participación en labores de repoblación forestal, y de recuperación y mantenimiento de áreas verdes urbanas.
- Programas educativos desarrollados en los museos, parques zoológicos, jardines botánicos, acuarios y otros.

Lo anterior se fortalece con la labor desempeñada en el campo de la educación ambiental por maestros y profesores en el desarrollo de actividades docentes, a través de asignaturas específicas como El mundo en que vivimos, Biología y otras; actividades extraescolares vinculadas al conocimiento y protección de la naturaleza, y en estrecha relación del estudio con el trabajo; la experiencia de los huertos en las escuelas primarias urbanas y rurales, y la estancia en las escuelas al campo de 15 a 45 días en los niveles de enseñanza media y superior, cada año, consolidan la educación e identifica los elementos del ambiente como fuente de riqueza en la vida humana.

En el ámbito de la educación informal, se han hecho esfuerzos por sistematizar la transmisión de mensajes que contribuyan a estimular el cuidado y la protección del medio ambiente, y a establecer relaciones armónicas en el barrio y la comunidad.

El Gobierno cubano, consciente de esta realidad, creó el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente

que tiene entre sus funciones dirigir la estrategia de educación ambiental, en coordinación con los sectores involucrados.

Uno de los sectores con mayor interés es el Ministerio de Salud Pública, por la relación de este tema con la salud. El sistema de atención establecido en el país, el médico y la enfermera de familia, propician las condiciones para desarrollar un importante trabajo en el nivel local.

Integración programática

La integración programática de las acciones está dada por el enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades y otros daños que aborda el Programa del Médico y la Enfermera de Familia en la comunidad y se refleja mediante:

- Realización de los análisis de la situación de salud.
- Identificación de las prioridades.
- Formulación de planes de acción.
- Vínculos con los consejos populares, consejos de salud.
- Dispensarización de la población.
- Trabajo educativo según grupos poblacionales y necesidades.

La integración de los programas de salud pública en la comunidad, ocurre en el consultorio de los médicos de familia, y la intersectorialidad se establece a nivel de los consejos de salud, donde se logra la discusión de los problemas que afectan la comunidad y la búsqueda de soluciones entre todos los sectores.

A su vez, las organizaciones internacionales al tratar el tema apoyan el trabajo en las comunidades. La OPS ha impulsado el movimiento de municipios saludables, expresión que agrupa el esfuerzo de instituciones, organizaciones, autoridades y población para buscar alternativas que eleven la calidad de vida de sus habitantes, y fomentar ambientes saludables.

La Unicef, a través del programa “Para la Vida”, brinda una herramienta adecuada para elevar la información y educación de las personas en las comunidades y escuelas.

Proyectos comunitarios

A partir de la revitalización del concepto de APA se hizo un levantamiento de los proyectos existentes en el país, a nivel local, que abordaron el tema.

De 53 municipios incluidos en la Red Cubana de Municipios por la Salud, 39 habían identificado problemas del ambiente y estaban desarrollando proyectos locales a nivel de consejos populares.

En cada una de las comunidades del país, a través de la coordinación del trabajo realizado por el Ministerio de Educación con otros sectores, se han fortalecido los proyectos con las acciones realizadas en las escuelas a través del programa “Para la Vida”, que extiende el trabajo de estas instituciones a la comunidad. Esto se controla anualmente para obtener resultados que reflejan indicadores de progreso, donde el tema de la salud ambiental es uno de los más debatidos.

En 1998, en colaboración con la OPS se inició un proyecto de APA en cuatro municipios del país: Yaguajay y Trinidad en Sancti Spiritus, Manicaragua en Villa Clara y Cumanayagua en Cienfuegos. La metodología de trabajo utilizada fue participativa e incluyó:

- Selección de los equipos locales intersectoriales e interdisciplinarios.
- Capacitación de los equipos.
- Identificación de líderes formales e informales.
- Identificación de las zonas a trabajar.
- Identificación del árbol problema en cada localidad.
- Realización de actividades de capacitación y asesorías, a través de talleres y visitas del equipo técnico nacional representado por especialistas del Minsap y la OPS.

Una de las experiencias más avanzadas está en el municipio Yaguajay, mediante el proyecto “Planeta azul”, que tiene como finalidad el mejoramiento del ambiente en colaboración con la comunidad, y se desarrolla con la participación de niños y mujeres como promotores de salud.

Consideraciones

La estrategia de APA sustenta sus pilares básicos en la promoción de salud y la atención primaria. Brinda un escenario ideal para renovar las acciones en el campo de la salud ambiental con participación comunitaria e intersectorial, toma en cuenta los factores políticos, económicos, culturales, científicos y sociales de cada país.

El desarrollo de proyectos locales fortalece el papel de las comunidades y constituye uno de los eslabones fundamentales de las estrategias nacionales.

En Cuba, el programa del médico y la enfermera de familia y la constitución de los consejos de salud ofrecen un marco propicio para el desarrollo de esta estrategia, potencializada por la voluntad política de apoyar en la búsqueda de soluciones para los problemas del ambiente.

La atención primaria ambiental, al destacar el papel de cada individuo en la construcción de ambientes

saludables, pone de manifiesto la participación activa del hombre como elemento fundamental en el desarrollo.

Bibliografía

Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T (2008). *Epidemiología básica*. 2 ed. Washington DC: OPS; p. 185-208. Publicación científica y técnica no.629.

CITMA (1997). *Estrategia Nacional de Educación Ambiental*. La Habana.

Ministerio de Salud Pública, Cuba (2010). *Registro de Municipios por la Salud*. La Habana.

Gonzalo A. Ordóñez. (2007). Salud ambiental: conceptos y actividades. Informe especial. *Rev Panam Salud Pública*. (3): 137-147.; Disponible en <http://www.insp.mx/biblio/alerta/al0400/55.pdf>. [citado 21 Octubre 2012].

Ochoa Soto, R., R.I., Castañedo, Cobas, *et al.* (1997). *Compilaciones de la promoción de la salud*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

OPS. MASICA-HEP-AECI-UICN-FUNDATEC (1997). En la salud y el ambiente rural. En *memorias del Taller Regional sobre Participación Comunitaria y Saneamiento Básico Rural*.





ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL

*Nancy Guinart Zayas
Roberto Álvarez Sintés*

La esperanza de vida al nacer, en Cuba, es de 77,98 años para ambos sexos. Muchas enfermedades infecciosas han sido vencidas, algunas han desaparecido como la viruela y otras han aparecido como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). La salud de la población ha mejorado como consecuencia de las mejores condiciones de vida, según reflejan los indicadores sanitarios, sobre todo en relación con la tasa de mortalidad infantil y el incremento de la expectativa de vida.

Sin embargo, esta prolongación de vida tiene un precio al aumentar la incidencia de enfermedades crónicas invalidantes, envejecimiento, cáncer, enfermedades degenerativas del sistema nervioso, arteriosclerosis, osteoporosis, insuficiencia de órganos, etc.

A pesar de los grandes avances biotecnológicos y terapéuticos actuales existen muchas enfermedades que no se pueden curar y llevan al enfermo a una situación terminal irreversible hacia la muerte, con lo que aumenta la demanda de asistencia médica de esta población que sufre enfermedades incurables.

Para afrontar y resolver este problema son necesarios algunos cambios inmediatos: organización y distribución de recursos en el sistema de salud, en la actitud hacia la muerte y el proceso de morir, y en la formación y entrenamiento recibidos en las escuelas de medicina donde se debe incorporar al currículo los conocimientos, habilidades y actitudes de la medicina paliativa.

Esta medicina no se puede dejar permear por las grandes tecnologías y debe dotarse de alto grado de humanidad, ya que no solamente el médico debe estar enfrascado en el funcionamiento del cuerpo, sino en sus síntomas y prioridades actuales.

Enfermedad terminal

Se hace muy necesario conocer cuáles son los criterios que definen una enfermedad como terminal o progresiva. De las enfermedades oncológicas se generan

entre el 90 y 95 % de los pacientes terminales y deben reunir las condiciones siguientes:

- Diagnóstico histológico exacto y probado.
- El paciente tiene que haber recibido la terapéutica estándar y eficaz conocida.
- Predecir en cierto modo el momento de la muerte.

Según lo anterior, tener una enfermedad terminal no es incompatible con periodos de ausencia de síntomas e incluso con expectativas de vida mayores de 6 meses. La certeza en el diagnóstico de la fase terminal de la enfermedad es de vital importancia.

También existen otras enfermedades crónicas no malignas, de larga duración, incurables desde su diagnóstico, que también necesitan cuidados paliativos y en las que es más problemático definir el comienzo. Este grupo de enfermos no supera el 5 % del total de enfermos terminales; en ellos los límites entre cuidados terminales y cuidados del enfermo crónico de larga duración pueden ser borrados.

Entre las enfermedades neurológicas están la esclerosis lateral amiotrófica, arteriosclerosis cerebral y la demencia de Alzheimer, así como otras entidades, que provocan un proceso irreversible renal, cardíaco, hepático o pulmonar, y que también conducen a la situación terminal.

El proceso de morir se va desplazando cada vez más desde la familia y el hogar hasta los médicos y los hospitales. Por eso se dice que la muerte ha cambiado de cama, ya que no se muere en el domicilio, rodeado de los seres queridos, se eligen cada vez más los hospitales con su deshumanización para que la muerte pase inadvertida y se convierta en algo ajeno, aséptico y solitario.

Hay que evitar la falta de interés por los pacientes en situación terminal y el escaso apoyo psicológico que reciben de los profesionales y familiares. No basta con mantener al paciente con analgésicos y somníferos,

además hay que darle una gran cantidad de caricias y de atención para proporcionarle el mayor bienestar espiritual posible.

El progreso de la medicina puede prolongar durante meses o años el proceso de la muerte en enfermos en situación terminal, cuya agonía se reducía antes a días o semanas como máximo. Se están utilizando términos como “ensañamiento terapéutico” para referirse a estas situaciones en que el esfuerzo médico por prolongar la vida de estos enfermos puede volverse contra este en forma de agonía insufrible.

Teniendo la certeza científica de la inmediatez inevitable de la muerte, no hay que obstinarse en prácticas terapéuticas inútiles, que solo disminuyen el grado de *confort* del enfermo.

Cuidados paliativos

Se ha convertido en un problema social para la salud pública la alta frecuencia de personas enfermas en situación terminal.

La experiencia y los principios de los cuidados paliativos han demostrado su eficacia en atender las necesidades puntuales de este colectivo, control de los síntomas según vayan apareciendo, comunicación, apoyo emocional y no abandono, y la eficiencia del sistema sanitario, el cual debe proveer a este programa de salud de la suficiente cobertura efectividad, equidad, justicia y estabilidad, continuidad, para que toda la demanda de cuidados paliativos quede cubierta en cualquier localización geográfica y en todos los niveles de atención médica, incluyendo el domicilio del paciente.

Objetivos

Los cuidados paliativos tienen por objetivo mejorar la calidad de vida del paciente y su familia cuando se enfrentan a una enfermedad incurable, avanzada y progresiva sin respuesta a tratamientos curativos y con pronóstico de vida limitado.

El periodo que antecede a la muerte constituye un tiempo de situación agónica para el paciente y la familia. La conducta que se sigue en estos últimos días es el objeto fundamental de la medicina paliativa y estos cuidados se diferencian, fundamentalmente, de los cuidados curativos tradicionales por los fundamentos siguientes:

- El paciente y su familia se considera una unidad.
- Es necesario cubrir todas sus demandas y cubrir las necesidades a todos los niveles: físico, social, psicológico y espiritual, tanto del enfermo como de sus familiares.

- El cuidado del enfermo debe estar a cargo de un equipo de salud que pueda cubrir las necesidades anteriores.
- El tratamiento debe estar encaminado a ofrecer confort y comodidad al enfermo y no a mantener las condiciones bioquímicas normales. Se debe aliviar el dolor, utilizando adecuada y correctamente los opioides.
- Tras el fallecimiento del paciente se continúa ayudando a la familia en los trámites burocráticos y en la elaboración del duelo.

Principios

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere los siguientes principios para los cuidados paliativos:

- El alivio del dolor y otros síntomas.
- Privilegian la vida, y contemplan la muerte como un proceso natural.
- No intentan precipitar ni retrasar el momento de la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención del paciente.
- Ofrecen al paciente un soporte que le permita vivir tan activamente como sea posible, hasta su muerte.
- Ofrecen a la familia un soporte que le ayude a encarar el sufrimiento del paciente y de su propio duelo.
- Emplean un enfoque de equipo para responder a las necesidades del paciente y de su familia, incluyendo el acompañamiento psicológico del duelo, si fuera necesario.
- Pueden mejorar la calidad de vida y pueden también influir favorablemente sobre el curso de la enfermedad.
- Pueden aplicarse en un estadio precoz de la enfermedad, paralelamente a otras terapias enfocadas a prolongar la vida (por ejemplo la quimioterapia o la radioterapia); son igualmente compatibles con las pruebas necesarias para diagnosticar y tratar mejor las complicaciones clínicas dolorosas.
- Los principios básicos en medicina paliativa son: el control de los síntomas, la comunicación y el apoyo emocional.

Atención de los síntomas principales en pacientes terminales en la atención primaria de salud

El contacto con seres queridos y la intimidad del hogar adquieren especial importancia para un enfermo moribundo. Desde que se diagnostica la enfermedad o el médico conoce de este final inmediato, debe ofrecer

a la familia los suficientes argumentos para que sea el domicilio el lugar más apropiado para esperar la muerte. Además, debe contar con dos requisitos fundamentales para estos cuidados paliativos: una adecuada disposición familiar y el compromiso del equipo de salud para acompañar al enfermo y los familiares.

La mayoría de estos pacientes presentan múltiples síntomas, como mínimo tres, relacionados entre ellos. El control de estos es muy importante para que el paciente no se aisle del mundo exterior. Para el enfermo las mayores preocupaciones son las alteraciones de las funciones fisiológicas elementales como defecación, micción, ingesta o respiración. Es una regla de oro para su atención, la asistencia personalizada y cuidar los mínimos detalles, ya que siempre es posible aliviar el sufrimiento. Para tratar cada uno de estos síntomas no se deben seguir recetas o pautas prefabricadas y sí una estrategia común. Se realizará una evaluación minuciosa del síntoma y un examen clínico detallado, de los cuales depende en la mayoría de los casos la orientación terapéutica.

La comunicación con el enfermo y su familia y dar una explicación comprensible de lo que sucede, tienen un efecto tranquilizador, además de generar confianza. El tratamiento debe exponerse de forma sencilla, se planearán junto con los pacientes objetivos a corto y largo plazos y realistas, que terminan con su idea de sufrimiento interminable. Cuando existan varias opciones de tratamiento, el paciente decidirá.

La evaluación y el seguimiento deben ser continuos, y su ritmo depende de las necesidades del paciente y de problemas concretos. Anticiparse a los problemas evita preocupación en el enfermo y facilita una atención integral. Hay que recordar que los síntomas no tienen horario y durante 24 h el médico debe mostrar su disponibilidad de ayuda al paciente.

Disnea

Es una sensación de dificultad para respirar al igual que el dolor, es una sensación subjetiva que implica tanto la percepción de la falta de aire como la reacción del enfermo, aparece en 70 % de los pacientes con cáncer de pulmón y en el 50 % de todos los enfermos con cáncer terminal.

Ataque de pánico respiratorio: es la disnea terminal en la que el enfermo tiene la sensación de morir asfixiado, es una urgencia paliativa.

¿Qué hacer?

- Intentar transmitir tranquilidad y acompañar al enfermo en todo momento.

- Tratamiento de la causa:
 - Infección: antibiótico y fisioterapia respiratoria.
 - Broncoaspiración: broncodilatadores.
 - Fiebre: antitérmicos.
 - Anemia: transfusión sanguínea.
 - Obstrucción bronquial. Corticoides.
- Tratamiento sintomático:
 - Ansiolíticos: diazepam (5-10 mg/12 h vía oral).
 - Midazolam, 5 mg subcutáneo, ataque de pánico.
 - Opiáceos: morfina soluble 5 mg/12 h al inicio. Si estaba previamente con morfina aumentar dosis al 50 %.
- Oxígeno: solo si el paciente presenta dependencia psicológica.
- Corticoides: dexametasona 2-4 mg/6-8 h vía oral o subcutánea. Si la disnea no responde se puede sedar al paciente evitando de este modo, que el paciente se dé cuenta que se muere asfixiado, es importante informar a la familia y explicarle que el paciente permanecerá dormido hasta el momento del fallecimiento.

Tos

Aparece en el 50 % de todos los pacientes con cáncer terminal y en el 80 % de los pacientes con cáncer de origen broncopulmonar. Esta puede ser:

- Productiva:
 - Cuidados generales (humidificar el ambiente, aumentar la ingesta de líquidos, posición decúbito lateral, educación).
 - Mucolíticos no irritantes. Muy importante no usar antitusivos.
- Seca:
 - Medidas similares a las anteriores.
 - Antitusígenos (codeína 30-60 mg/4h; morfina 5-0 mg/4 h).
- Húmeda y sin capacidad de expectoración:
 - Medidas generales.
 - Antitusígenos de acción central (codeína, dihidrocodeína).
 - Estertores premorter.
 - Sonido producido por la oscilación de las secreciones asociado a movimientos respiratorios. Se suele ver en pacientes muy débiles sobre todo agónicos, produce angustia mayor en la familia que en el enfermo.

Tratamiento:

- Colocar al enfermo con la cabecera elevada o si es posible en decúbito lateral
- Evitar la aspiración y restringir la sueroterapia.

Hipo

Síntoma frecuente en pacientes terminales y consiste en un reflujo patológico respiratorio.

Tratamiento:

Si es transitorio se emplean técnicas elementales: respirar dentro de bolsa plástica, hiperextender el cuello, comprimir el nervio frénico a su paso por el cuello.

Si es permanente:

- Metoclopramida 10 mg/6 h.
- Antiácidos.
- Sonda nasogástrica
- Clorpromazina (10-25 gotas/ 6-8 h).
- Dexametasona (2-4 mg /6-8 h si existe tumor cerebral).

Síntomas gastrointestinales

Pueden ser de etiología variada, desde irritación del tracto gastrointestinal, obstrucción, estreñimiento.

Estreñimiento

Causa: anorexia, inactividad física, debilidad, escasa ingesta de líquidos, hipercalcemia, drogas (codeína, morfina), la primera causa es la falta de alimentación debido a la anorexia que presentan complicaciones.

Tratamiento:

- Dieta rica en fibra (zumo de frutas, vegetales, pan integral).
- Movilización.
- Modificar los tratamientos.
- Laxantes: varios tipos.
 - Reguladores (metilcelulosa): no efectiva en paciente con cáncer avanzado.
 - Detergentes (parafina): reblandecen la masa fecal.
 - Osmóticos o salinos (azúcares) aumentan el paso del agua a las heces.
 - Purgantes (senósidos): aumenta el peristaltismo, no dar en obstrucción intestinal.

Fecaloma

Tratamiento:

- Enema/supositorio.
- Enema con aceite.
- En cualquiera de los dos casos anteriores debe hacerse lavado posterior con suero fisiológico, tener cuidado tanto el agua del grifo como el agua jabonosa pueden producir hiperosmolaridad.

Anorexia

Síntoma que no solo es un problema para el enfermo sino también para la familia, tener en cuenta que en el enfermo con cáncer avanzado, el aumentar el apetito del paciente no va a mejorarlo de la enfermedad, esto hay que explicarlo a la familia, la aparición de este síntoma es más rápido cuanto más rápida es la evolución del tumor.

Tratamiento:

- El objetivo es mejorar la calidad de vida del enfermo y nunca mejorar la enfermedad.
- Explicar a la familia y al enfermo esta situación e intentar su adaptación, ya que puede ser un importante obstáculo, es la primera medida a tomar.
- Los alimentos se preparan en pequeñas cantidades, en platos pequeños, con presentación atractiva y en horario flexible, preferencia por los alimentos templados o fríos (natillas, flanes, helados). Las comidas blandas como el puré resultan aburridos, hay que tener en cuenta que el enfermo tiene más apetito en el desayuno.

Fármacos:

- Corticoides (dexametasona 4 mg/día vía oral).
- Ciproheptadina (favorece la ingesta pero no la pérdida de peso).

Caquexia

Se define como la delgadez y debilitamiento extremo, puede presentar o no anorexia, es independiente de la cantidad de alimentos ingeridos, de la localización del tumor o su extensión. El enfermo presenta además palidez y ánimo triste.

Actitud:

- Cuidado con las maniobras que haya que hacer con el enfermo (baño, cambios posturales) el simple hecho de tocar al enfermo provoca intenso dolor.
- Colchones antiescaras.
- Compañía, presencia física, consuelo, amor. Hay que demostrar al enfermo la mayor disponibilidad posible. Evitar que pierda su autoestima.
- No existen medicamentos para tratar la caquexia.

Síntomas neuropsicológicos

Cerca del 25 % de los pacientes con enfermedad maligna terminal presentan estos síntomas en forma de insomnio, ansiedad, depresión y estado confusional

agudo, pueden presentarse estos cuadros en forma aislada o combinadas.

Insomnio. Incapacidad para dormir, muchos de ellos le tiene miedo a la noche porque temen morir a esta hora, el cansancio de no dormir disminuye el umbral del dolor haciendo más difícil conciliar el sueño. Por eso hay que tratarlos enérgicamente para conseguir una noche de sueño sin dolor.

Tratamiento:

- Aumentar la actividad diaria (terapia ocupacional).
- Crear ambiente agradable sin ruidos y luces y temperatura adecuada.
- Velar que la cama esté cómoda.

Medidas farmacológicas:

- Se basa en el uso de benzodiazepinas ya que provocan el sueño más fisiológico, se debe usar las que tengan una acción rápida, sostenida y no residual (efecto sedativo).
- Triazolam 0,125 mg/noche.
- Brotizolam 0,25-0,50 mg/noche. En casos que se quiera una sedación residual se utilizan los de vida media larga.
- Nitrazepan 5-10 mg/noche.
- Flunitrazepam 2 mg/noche.

Ansiedad. Cuadro clínico caracterizado por sensación de aprehensión, miedo en ocasiones, pánico de estar frente a un desastre inminente; puede variar desde una sensación de intranquilidad o amenaza constante hasta un ataque de pánico.

Tratamiento:

- Buen control de los síntomas con el fin de mejorar el *confort* físico.
- Creación de un ambiente cálido y amable por parte de la familia.
- Atención particularizada a las necesidades espirituales.

Medidas farmacológicas:

Basado en el uso de benzodiazepinas que son fármacos ansiolíticos e hipnóticos, el fármaco de primera elección es el diazepam 2-5 mg/noche, puede llegar a incrementarse hasta 40-60 mg vía oral, repartido en tres tomas, el de segunda elección es lorazepam 1-4 mg/noche hasta un incremento de 10 mg repartido en 4 dosis.

Depresión. Es un cuadro caracterizado por una disminución en el estado de ánimo o por pérdida del interés por el placer en todo o casi todo, cree permanentemente

que no vale la pena vivir, presenta ideas suicidas y el riesgo de llega hacer real, el paciente suele ser hostil, irritable, agresivo, tiene trastornos del sueño.

Tratamiento:

- Medidas generales.
- Buena relación entre los integrantes del equipo y el paciente, lo que le permitirá al enfermo hablar sobre inquietudes, miedos y ansiedades.
- Ante sus inquietudes y dudas dar las respuestas adecuadas y del modo adecuado.
- Continuidad de los miembros del equipo para el paciente es muy perturbador el hecho de cambios frecuentes.

Medidas farmacológicas:

Se basa en el uso de antidepresivos heterocíclicos, el fármaco de elección es la amitriptilina, comienza con 10-25 mg al acostarse para luego incrementar 25 mg cada 2 o 3 días hasta conseguir el efecto deseado, se consigue a dosis de 75-125 mg/día, cuando se consigue la dosis deseada se mantiene hasta tres semanas.

Confusión. Los trastornos cognitivos son complicaciones frecuentes del cáncer en estado avanzado, el fallo principal es el delirio que pueden ser en un inicio reversibles, el delirio dificulta la valoración del dolor, la clínica se caracteriza por: desorientación en tiempo y espacio, pérdida de la capacidad de concentración, trastornos en la memoria, presencia de ilusiones, alucinaciones, habla incoherente, agitación o agresividad.

Tratamiento:

- Tratamiento etiológico siempre que pueda identificarse la causa.
- Tratamiento sintomático: haloperidol 1 mg v.o. c/12 h si los síntomas persisten o empeoran, la dosis puede incrementarse hasta 20-30 mg/día.

Síntomas urinarios

Incontinencia. Es la incapacidad del paciente para retener la orina.

Tratamiento:

- Tratamiento de las causas reversibles.
- Tratamiento farmacológico, en la inestabilidad del músculo detrusor, los fármacos de elección son: amitriptilina e imipramina

Espasmo vesical. Dolor intenso a nivel suprapúbico discontinuo.

Tratamiento:

- Tratamiento de la causa reversible (estreñimiento, infección). Si la causa es la sonda vesical debe cambiarse por otra de menor calibre o se disminuye el volumen del balón.
- Tratamiento sintomático: amitriptilina 25-50 mg/24 h vía oral, naproxeno 250-500 mg c/12 h.

Retención urinaria: puede cursar con anuria o incontinencia por rebosamiento

Tratamiento:

- Valorar sondaje transitorio hasta resolver el problema, tratar siempre la infección.
- Sondaje permanente, es mejor tolerado que los pañales que aceleran la úlcera de decúbito.

Cuidado de la piel

Prurito. Muy incómodo y produce lesiones de rascado, es necesario evitar baños caliente y prolongados, el tratamiento farmacológico son los antihistamínicos, sedantes como clorpromazina 25-50 mg c/12 h por vía oral.

Úlceras de decúbito:

- Medidas de prevención.
- Mantener piel limpia evitando contacto con la orina, heces, sudor.
- Bañar diariamente al paciente.
- Evitar presión mantenida realizando cambios posturales cada 2 h, utilizar colchón antiescara.
- Vigilar que las sábanas no tengan arrugas ni restos de alimentos.
- Utilizar almohadas y cojines para separar zonas prominentes.
- Lubricar la piel para evitar grietas.

Tratamiento:

- Hacer curas diarias según el grado de la úlcera por personal calificado

Fiebre tumoral

La fiebre neoplásica con cáncer en ausencia de infección es un síntoma frecuente sobre todo en tumores avanzados y neoplasias hematológicas.

Tratamiento:

- Medidas generales: hidratación, baños frecuentes, ambiente fresco, cambio de sábanas frecuentes.
- AINE: paracetamol, naproxeno 250 mg por vía oral c/12 h.

- Corticoides: útil tanto en la fiebre de origen tumoral como infecciosa, están indicados cuando no se controlan con AINE.

Cuidados de la boca

Las lesiones en la boca son muy importantes tanto por su frecuencia como por el impacto en la calidad de vida, favorecen la malnutrición y la caquexia, se recomienda:

- La limpieza de los dientes y lengua, con un cepillo infantil suave.
- Para eliminar el sarro se usa peróxido de hidrógeno diluido o soluciones de bicarbonato o vitamina C.
- Para la sequedad es útil beber sorbos de agua, masticar porciones de frutas.

Convulsiones: pueden ser vistas en los cuadros finales de uremia, así como en los tumores intracraneales, entre otros; en los cuadros agudos se utiliza el diazepam en dosis de 10 mg por vía i.v. y para evitar los episodios, además da buen resultado el ácido valproico en dosis que oscilan entre 200-400 mg 2 veces al día.

Factores de hospitalización

Son razones para la hospitalización los siguientes:

- Síntomas mal controlados.
- Curso clínico rápidamente progresivo.
- Carencia de apoyo sanitario.
- Gran ansiedad del paciente o del familiar.
- Imposibilidad de cuidados por parte de las familias.
- Preferencia del paciente de permanecer en el hospital.

Comunicación y apoyo familiar

Los enfermos en estadio terminal generan un estrés considerable añadido a los problemas normales y cotidianos de la vida.

El control de los síntomas, aunque es necesario, a veces es insuficiente para conseguir el objetivo del *confort*. El sufrimiento no es un síntoma ni un diagnóstico, sino una experiencia humana tremendamente compleja. Por lo tanto, el paciente necesita, además del control de síntomas, la restitución de su identidad como persona, por lo que expresar sus preocupaciones, inicia su mejoría. Uno de los problemas de los pacientes es que los que lo rodean no lo escuchan ni comparten dichas preocupaciones.

El médico y el resto del personal de salud que lo atiende sienten angustia porque no saben qué decir a un paciente en situación terminal. Lo más importante

para comunicarse es la disposición positiva para ayudar, la creación de un clima de respeto y confianza. Saber escuchar es probablemente la cualidad más necesaria del cuidador, pero esta comunicación requiere tiempo y espacio adecuados.

Otro tema complejo es la información que debe darse a un paciente. Lo que un profesional debe decir a un paciente, siempre debe adaptarse a cada persona y tendrá presente que se trata de un largo proceso de profundos cambios. Hablar de la verdad frente a la mentira en abstracto puede resultar una simplificación excesiva. Hay técnicas sencillas de preguntas abiertas para conocer lo que sabe el paciente:

- ¿Cómo ve la enfermedad?
- ¿Qué pensaba, qué le pasaba cuando cayó enfermo?

El paso siguiente es conocer lo que cada paciente quiere saber. Para ello es muy útil responder a sus preguntas con otras preguntas:

- ¿Por qué me pregunta si tiene cáncer?
- ¿Por qué me habla de la muerte?

La actitud paternalista de ocultar información condena al paciente a la imposibilidad de afrontar su situación. La duda lacerante puede ser más cruel que la sentencia de la enfermedad más grave. El silencio genera desconfianza y aumenta la sensación de desamparo. La información adecuada debe reunir los atributos siguientes: es una he-

rramienta terapéutica de alta eficacia, reduce el miedo y la incertidumbre, permite tomar decisiones y controlar la vida que queda, cambia el significado de la enfermedad y fortalece la relación afectiva con el enfermo.

El médico de familia está en una posición inmejorable para reforzar la autoestima mediante la revisión positiva de la vida pasada y priorización de las aspiraciones pendientes. La etapa final puede servir en algunos casos para la reconciliación, el crecimiento personal y enriquecimiento del paciente y sus seres queridos.

Bibliografía

- Andrade NM, Bertoli de Souza C, Stuchi Z. (2008). Cuidados paliativos en familia. *Rev. Cienc. Med. Campinas*, jan/fev; 17(1):33-42.
- Asociación Española contra el cáncer (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Madrid.
- Borcia Goyanes J.J. (2001). El viejo y su futuro. En *Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico* (Hayflectz I, Barcia D, Miguel J., eds.) Editorial Ela SL, Madrid, p. 413.
- Polaino Yorente A. (2002). La familia y la sociedad frente al enfermo terminal. En *Tratado de medicina paliativa* (González Baron M. ed.). Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid, pp. 1-216.
- Programa integral para el control del cáncer en Cuba (2012). *Componente estratégico para el programa del Médico y Enfermera de la Familia. Cuidados del paciente al final de la vida*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- Sanz Ortiz J, .X. Gómez Batista, M. Gómez Sancho, y J.M. Núñez Olarte (2004). *Cuidados paliativos*. Editorial Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Sanz Ortiz J. (1999). Eutanasia sí, eutanasia no. *Med. Clin. (Barcelona)* 100 (suppl): 17-9.

Capítulo 58



ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER

Gisela Abreu Ruíz, Teresa Romero Pérez, Walkiria Bermejo Bencomo y Abel Monzón Fernández

En la actualidad el cáncer es uno de los problemas de salud más graves de la humanidad, está entre los primeros lugares como causa de muerte en los países desarrollados y en vías de desarrollo, su tendencia seguirá en ascenso y ocupará el primer lugar dentro de las causas de muerte en muchos países para el año 2025, a menos que se tomen medidas enérgicas para su control.

En Cuba, es la segunda causa de muerte de forma ininterrumpida desde el año 1970, y de acuerdo con los datos oficiales del Anuario Estadístico de Salud 2012, actualmente ocupa la primera causa de muerte. Representa alrededor del 25 % del total de fallecidos y constituye la primera causa de años de vida potencialmente perdidos desde el año 2000.

Las localizaciones que concentran más del 50 % de la mortalidad son pulmón, próstata, mama, colon y cérvix. Existe un rejuvenecimiento en la mortalidad por cáncer de 3 años en los hombres (2000: 73 años y 2010: 70 años), y de 5 años en las mujeres (2000: 79 años y 2010: 74 años).

Epidemiología

La tendencia actual de la incidencia es creciente para ambos sexos. Un estimado de 135 000 personas viven con la enfermedad, y se espera diagnosticar alrededor de 35 000 nuevos casos para el año 2015. Los menores

de 20 años enferman más de leucemias, linfomas y tumores del sistema nervioso central.

Entre los factores sociales de mayor impacto actual y perspectivo sobre la incidencia de cáncer en el país, está el tabaquismo y el proceso acelerado de envejecimiento demográfico, que ha tenido una tendencia al incremento en los últimos 60 años. Para el 2030 se prevé que exista una proporción de población mayor de 60 años alrededor de un 30 %, lo que convertirá a Cuba en el país más envejecido de la región de Las Américas (Fig. 58.1).

Las implicaciones económicas y sociales de este proceso hacen aún más perentoria la necesidad de implementar una estrategia de prevención, orientada a reducir al máximo o eliminar factores de riesgo, actualmente presentes en los hábitos y estilos de vida de grandes sectores de población.

Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención

Uno de los avances más significativos en los últimos años en la lucha contra el cáncer es la comprensión de los procesos que originan su aparición. La investigación ha permitido conocer acerca de los mecanismos biológicos fundamentales subyacentes del crecimiento celular y su regulación, así como la atención del cáncer en su

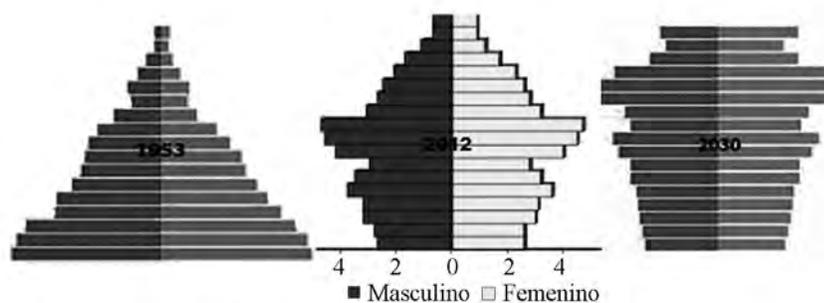


Fig. 58.1. Comportamiento de la estructura de la población.

variedad de formas. Particular interés logra la acumulación gradual de la evidencia científica que liga estilos de vida a muchos tipos de cáncer, y por tanto, a la oportunidad para desarrollar estrategias en aras de modificarlos.

Por otra parte, el conocimiento de la historia natural de la enfermedad ha permitido definir las herramientas que facilitan la aplicación de medidas profilácticas como son la conducta preventiva en estado de salud y en estado de incapacidad, convalecencia o estado terminal de la enfermedad (Fig. 58.2).

En la actualidad se agrega un nivel primordial a la lista de los niveles de prevención en los que es posible aplicar medidas protectoras, antes de la fase preclínica de la enfermedad para evitar la exposición a riesgos, ya sea en grupos más vulnerables o en la población total, que incluye acciones educativas orientadas a modificar estilos de vida enraizados en la población, eliminar conductas de riesgo que favorecen la aparición del cáncer y otras enfermedades, y mejorar el medio ambiente o los servicios de salud (Tabla 58.1).

Ello requiere la acción combinada de mecanismos socializadores con capacidad de influencia sobre la conducta social: el sistema educacional, la institución familiar, las normas jurídicas, las relaciones económicas, las manifestaciones artísticas, las organizaciones sociales y los medios de comunicación social.

Control del cáncer

Para dar respuesta al incremento en la mortalidad por cáncer y su repercusión negativa en la esperanza de vida de la población, se han establecido nuevas formas organizativas dirigidas a propiciar el desarrollo de una intervención sanitaria compleja para el control de la enfermedad, desde la Atención Primaria de Salud.

En Cuba, a partir de la revisión de los programas existentes, se establece en el año 2010 el Programa Integral para el Control del Cáncer, documento rector para la actuación, que sirve de orientación en la planificación y aplicación de intervenciones de prevención, detección temprana, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y dispensa de cuidados.

De las más de 200 enfermedades consideradas como cáncer, el programa centra su atención en aquellas localizaciones que representan más del 50 % de la mortalidad por esta causa (pulmón, mama, próstata, colon y cervicouterino) además de bucal, piel y cáncer en la etapa infantojuvenil. Para garantizar una atención integral al paciente con sospecha de cáncer se establece un flujograma desde el consultorio médico de familia hasta el tercer nivel de atención, de acuerdo con el proceso de regionalización (Fig. 58.3).

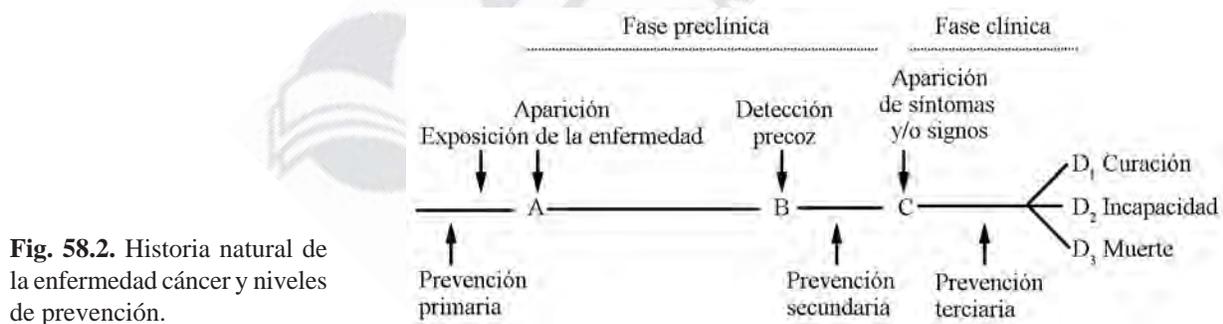


Fig. 58.2. Historia natural de la enfermedad cáncer y niveles de prevención.

Tabla 58.1 Niveles de prevención

Nivel de prevención	Fase de la enfermedad	Población diana
Primordial	Condiciones subyacentes que llevan a la causa	Población total o grupos seleccionados
Primaria	Factores causales específicos	Población total, grupos seleccionados y persona sanas
Secundaria	Primeros estadios de la enfermedad	Pacientes
Terciaria	Estadios avanzados de la enfermedad (tratamiento y rehabilitación)	Pacientes

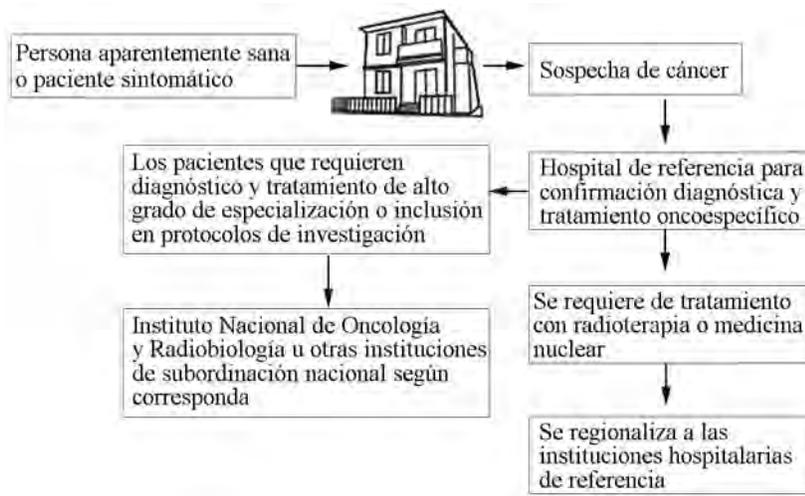


Fig. 58.3. Flujograma de atención para el paciente con cáncer.

A pesar de la existencia del Programa Integral para el Control del Cáncer vinculado a un sistema de vigilancia epidemiológica, una Atención Primaria de Salud fortalecida que exige la participación intersectorial y comunitaria, y otros muchos factores culturales, sociales y tecnológicos para dar cobertura de atención a este problema, la tendencia en la incidencia y la mortalidad continúan en ascenso; lo que requiere una mirada desde otra perspectiva para accionar de forma diferenciada, minimizar los efectos negativos, aumentar la prevención, mejorar el control e incrementar la calidad de vida de la población.

En la actualidad mejorar la calidad de los procesos para el control del cáncer constituye un desafío en el nivel primario de atención, debido al número considerable de nuevos casos que se diagnostican y el tiempo que permanecen los pacientes en la comunidad para continuar su evolución, de ahí que se requiera una estrategia que integre toda una gama de actividades al Sistema Nacional de Salud para su atención y control.

Estrategia Nacional de Control del Cáncer (ENCC)

La Estrategia Nacional de Control del Cáncer constituye una guía con enfoque integrador, dirigida a mejorar la eficacia del Programa Integral para Control del Cáncer (PICC), redimensionar las capacidades de los recursos

humanos, las instituciones vinculadas a su control y fomentar el trabajo en equipo. Se organiza en dos grandes áreas soportadas por la Red de Conocimientos para el Control de Cáncer.

Una de las áreas está relacionada con la organización funcional de los servicios por niveles de atención incluyendo la interrelación con otros sectores, instituciones, organismos y organizaciones y la otra, se refiere a los componentes estratégicos organizados desde la educación y la comunicación, pesquisa, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, seguimiento, rehabilitación, cuidados paliativos, desarrollo científico técnico, evaluación y control de la calidad (Fig. 58.4).

Funcionalmente se coordinan/integran en todo el Sistema Nacional de Salud siguiendo tres ejes esenciales:

- El Programa del Médico y Enfermera de la Familia.
- La formación de recursos humanos especializados.
- El sistema de información en cáncer.

El policlínico con su base metodológica funcional y el uso del método clínico orientado por el panorama epidemiológico, será la mayor fortaleza para ganar la guerra contra el cáncer. A partir de su rol clave debe inducir los cambios en los determinantes sociales ligados a esta enfermedad, fomentar estilos de vida saludables, de manera que se cumplan las acciones contenidas en los componentes de la Estrategia Nacional de Control de Cáncer.



Fig. 58.4. Estrategia Nacional de Control del Cáncer.

Componentes estratégicos:

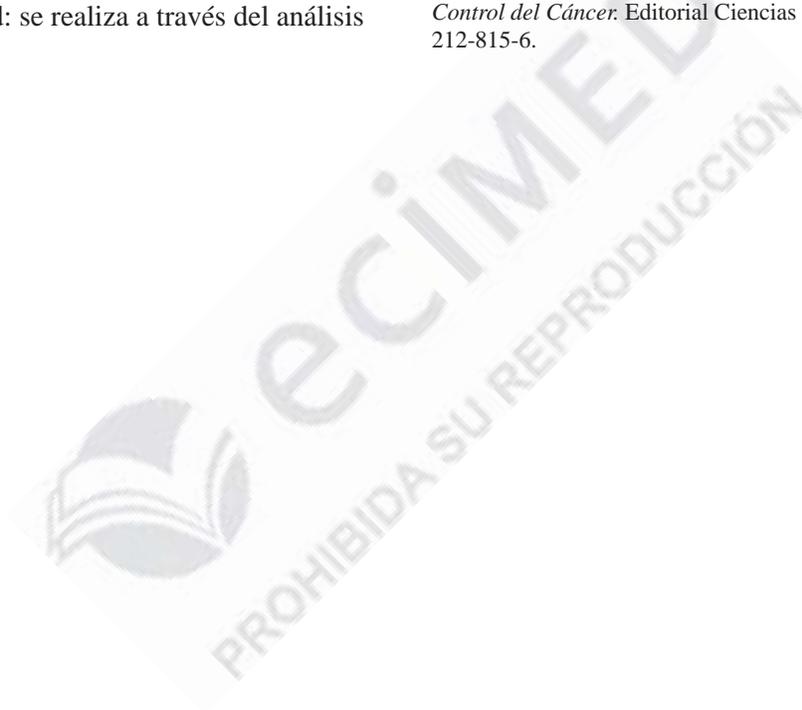
- Educación y comunicación: las acciones de educación y comunicación encaminadas a reducir factores de riesgo y promover estilos de vida saludables para el control de la enfermedad, precisan no solo la participación activa de los equipos de salud sino también, de todos los sectores de la sociedad.
- Pesquisaje organizado y sustentable: según la OMS los principales elementos a tener en cuenta para implementar un programa de tamizaje son:
 - La carga relativa del cáncer en la población.
 - El promedio de los estadios del cáncer al presentarse el paciente para el diagnóstico.
 - La evidencia científica de la eficacia y efectividad del programa de tamizaje.
 - La posibilidad de realizar la prueba de tamizaje con la calidad requerida para toda la población objetivo.
 - El acceso de la población objetivo al diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento requerido.
 - El costo-beneficio del tamizaje en la situación específica del país.
 - Existencia de un equipo de gestión encargado de la planificación e implantación.
- En Cuba, la estrategia define que la pesquisa puede ser realizada en tres modalidades:
 - Dirigida a las personas aparentemente sanas: cáncer bucal por examen anual a la población mayor de 15 años, cáncer cervicouterino mediante la pesquisa citológica cada 3 años a mujeres entre 25 y 64 años, y cáncer de mama por el examen médico anual y el auto examen de mama a mujeres mayores de 30 años.
 - Dirigida a individuos con factores de riesgo de padecer la enfermedad (mama, colon, próstata y piel, entre otras).
 - Dirigida a pacientes sintomáticos para detectar el cáncer en etapas tempranas de la enfermedad (todas las localizaciones).
 - Para potenciar la pesquisa el país cuenta con la introducción de la nueva tecnología en salud para el diagnóstico temprano (PSA, kit de citología orgánica, test de sangre oculta en heces fecales, video-coloscopios, equipos de radiocirugía, entre otros).
- Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno: con el objetivo de garantizar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno es necesario organizar los servicios por niveles de acreditación, de modo que se brinde una atención altamente especializada con la calidad requerida, acorde a los recursos disponibles.
- Seguimiento y rehabilitación: se aprovecharán los beneficios que brinda el Servicio de Rehabilitación Integral disponible en cada área, y se garantizará la capacitación del personal en las modalidades terapéuticas rehabilitadoras usadas en los pacientes con cáncer (curativa o paliativa).
- Cuidados continuos y paliativos: los cuidados continuos se deben ofrecer desde el momento del diagnóstico y se adaptan a las necesidades progresivas de los pacientes y familiares, se extienden hasta la muerte y la etapa de duelo, e incluyen los cuidados de soporte o cuidados paliativos. Ello significa que el tratamiento debe contener medidas para que el paciente logre satisfacer sus principales necesidades físicas,

psicológicas, sociales y espirituales, que le permitan reducir el dolor y otros síntomas, mantener un buen estado nutricional, disminuir las complicaciones, y fortalecer la capacidad psicológica del paciente y la familia para enfrentar la enfermedad y el tratamiento.

- Los pacientes en fase terminal de la enfermedad (promedio de vida de no más de seis meses) tributarios de cuidados paliativos, serán atendidos preferentemente por el Equipo Básico de Salud en el nivel primario de atención, aplicando las acciones de atención al dolor y cuidados paliativos.
- Desarrollo científico técnico: se deben desarrollar investigaciones que respondan a la demanda y permitan sistematizar el conocimiento para la implementación y evaluación de los resultados de experiencias, tanto nacionales como internacionales.
- Evaluación y calidad: se realiza a través del análisis del cuadro de salud.

Bibliografía

- Beaglehole, R. Bonita, R. y Kjellstrom, T. (1994). *Epidemiología Básica*. Publicación Científica No. 551. OPS.
- Dos Santos Silva, I. (2009). *Epidemiología del Cáncer: Principios y Métodos*. OMS, p 2.
- MINSAP (2013). *Anuario estadístico de Salud 2012*. Dirección Nacional de Estadística. ISSN: 1561-4425. La Habana.
- MINSAP (2010). *Programa Integral para Control del Cáncer. Pautas para la gestión*. Editorial Ciencias Médicas ISBN 978-959-212-641-1.
- OMS/OPS. (2008). *Guía para Formular el Plan Operativo de Salud Infantil. La estrategia de AIEPI*. OMS.
- Reyes, MC. Grau, JA. Chacón, MR. (2009). *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Romero, T. (2009). Changing the paradigm of cancer control in Cuba. *MEDICC Review*. Summer, 11(3), pp. 5-7.
- Romero, T. Abreu, G. Monzón, A. y Bermejo, W. (2012). *Programa Integral para Control del Cáncer. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer*. Editorial Ciencias Médicas ISBN 978-959-212-815-6.





Capítulo 59

FAMILIA EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA GENERAL INTEGRAL*Isabel Louro Bernal***Concepto de familia**

Distintas ciencias han abordado el estudio de la familia desde su ámbito de interés particular. La filosofía, la sociología, el derecho y la psicología, entre otras, han aportado el significado del mencionado concepto con diferentes grados de generalidad. Son innumerables las definiciones del concepto “familia” y cada una le brinda contribuciones específicas. Estudiosos del tema elaboran su propia definición en función de sus intereses investigativos. A continuación se exponen las características más generales de este concepto, así como algunas de sus definiciones.

Se define la familia como célula fundamental de la sociedad, importantísima forma de organización de la vida cotidiana personal, fundada en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco; en las relaciones multilaterales entre el esposo y la esposa, los padres y sus hijos, los hermanos y las hermanas, y otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica.

La vida de la familia se caracteriza por distintos procesos materiales y espirituales.

La familia es una categoría histórica. Sus formas y funciones se condicionan por el carácter de las relaciones de producción, por las relaciones sociales en su conjunto, así como por el grado de desarrollo cultural de la sociedad concreta; a su vez, también influye sobre la vida de la sociedad en la medida en que cumple sus funciones básicas.

Respecto al origen de la familia, la mayoría de los especialistas consideran que en las etapas iniciales del régimen de la comunidad primitiva dominaban las relaciones sexuales desordenadas, a estas las sustituyó

el matrimonio en grupo, desplazado más tarde por el matrimonio sindiásmico, que al comienzo se convirtió en base de una gran familia-comunidad materna y, luego de una gran familia-comunidad paterna, en conformidad con el linaje materno, matriarcado, y el paterno, patriarcado.

El establecimiento de la monogamia surgió acompañado de la esclavización de la mujer por el hombre. La mujer se iba convirtiendo gradualmente en propiedad y esclava de su dueño: el marido. El fin principal de ella pasa a ser acumulación de riquezas y su transmisión a los herederos legítimos.

La familia es la institución básica de la sociedad, ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Para este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre, y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su inserción en la vida social, y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en ella como entidad llamada a garantizar la vida organizada y armónica del hombre.

Desde el punto de vista económico, la familia constituye una unidad de producción y reproducción de bienes y valores materiales.

A lo largo de la historia de la humanidad, esta entidad ha estado condicionada e influida por las leyes sociales y económicas, y los patrones culturales de cada región, país y clase social. El modo de producción imperante en cada sociedad condiciona la ubicación de la familia en la estructura de clase, en función de la inserción en la organización del trabajo.

Sin embargo, las funciones de la familia para la sociedad y el individuo tienen un carácter universal y relativamente estable con independencia del tipo de sociedad, clase y etapa histórica. Se ha planteado que esta institución ha sido la más estable de todas las instituciones de la sociedad, pues ha permanecido, a pesar de las transformaciones sociales y económicas que han acaecido a lo largo de la historia de la humanidad.

El tipo de vínculo que se establece en la familia y las funciones que en ella se cumplen son fenómenos inherentes al género humano, en cualquiera de los contextos en los que se presente. La forma de vida familiar, los roles hacia el interior de la familia y los tipos de familia son los que han ido cambiando, en función de los cambios sociales y de las nuevas exigencias que la sociedad le va imponiendo a esta.

Familia como categoría psicológica

La familia es un grupo de pertenencia natural en el cual se establecen relaciones de dependencia y vínculos afectivos entre sus miembros. Posee una estructura jerárquica de carácter dinámico y funcionamiento sistémico. Constituye el primer grupo al cual pertenece el individuo, y nace de la unión biológica y espiritual de un hombre y una mujer, quienes deciden una vida en común.

El grado de invalidez con el que nace el ser humano lo hace en su totalidad dependiente de uno o varios adultos que, por lo general, son los padres; ellos lo alimentan, visten, calzan y protegen, y le posibilitan el contacto social que favorece el desarrollo humano, en condiciones de amor y seguridad.

La necesidad de vivir en familia que tiene el hombre se acrecienta ante el carácter eminentemente psicológico de la relación niño-adulto durante todo el periodo en el cual crece y deviene en personalidad. Los adultos que se ocupan del cuidado de un niño y que constituyen su familia garantizan que se produzcan los procesos psicológicos que intervienen en el desarrollo de la personalidad, como son la identidad del yo, la socialización y la autonomía, entre otros.

A los efectos de la atención primaria de salud (APS) y de los estudios sociopsicológicos de corte comunitario, se precisa el concepto grupo familiar como aquel que comparte la unidad residencial y tiene intereses cohabitacionales. Este grupo constituye aquel conjunto de personas que viven juntas, bajo un mismo techo, en forma regular, y puede incluir aquellas que no tengan vínculos consanguíneos, pero compartan la vida de relaciones como miembros de la familia. Para los

intereses de los programas de salud, pueden ser útiles los datos, tanto de familiares que no conviven, como los que conviven y no son familias por sangre.

El concepto de hogar o núcleo censal emitido por la Oficina Nacional del Censo (1981) hace referencia a la persona o grupo de personas con vínculo de parentesco o sin él que comparten un presupuesto común, cocinan para el conjunto y conviven de forma habitual, al ocupar una vivienda o parte de ella.

Para los fines de censo este concepto separó los hogares en los cuales se divide el presupuesto y se cocina por separado, aunque compartan la misma vivienda, lo cual puede ser muy útil para fines censales, pero no tanto para el análisis de la situación de salud y las interacciones familiares.

La delimitación del concepto con el cual operar debe considerar al grupo familiar unido por vínculos consanguíneos, afectivos y cohabitacionales.

La investigación científica con la familia requiere la consideración del grupo familiar como unidad para el análisis, y como guía teórica y metodológica para la acción.

Familia como sistema

La teoría general de los sistemas planteada por Ludwig Von Bertalanffy (1976) propone principios y leyes aplicables a sistemas generalizados, sin importar el género, la naturaleza de los elementos o las fuerzas participantes. De este modo, plantea que esta teoría es válida para sistemas en general, ya sean del campo de la física, la biología o la sociología, como una consecuencia de la existencia de propiedades generales de sistemas, de la aparición de similitudes estructurales o isomorfismos en diferentes terrenos. Conceptos, modelos, principios y leyes parecidas surgen una y otra vez en campos diversos e independientes, como por ejemplo, la organización del trabajo en comunidades animales y las sociedades humanas.

Un "sistema" es un conjunto de elementos en interacción dinámica, donde cada uno cumple una función respecto al todo, pero este no es reducible a sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos. El sistema no es solo un conjunto de elementos, sino de nexos y relaciones que se organizan de una determinada forma, en función de una finalidad en definidas condiciones de espacio y tiempo definidos.

La familia, con sus principios y regularidades que la rigen en toda sociedad y a través de todas las épocas, no escapa al análisis sistémico como conjunto compuesto por individualidades interactuantes, por una finalidad, en un medio determinado.

En el caso de la familia, los miembros constituyen sistemas individualizados con objetivos y motivaciones propios, que difieren de los objetivos del grupo. Precisamente una de las funciones del grupo es lograr la individualidad de los miembros, para que sean seres independientes, estables y maduros.

La finalidad del sistema se interpreta en el sentido de la función de la familia de transitar por el ciclo vital, enfrentar las crisis, y facilitar el espacio de formación, crecimiento y desarrollo de sus miembros.

La complejidad de esta función define la del sistema, ya que depende de una amplia gama de variables que interactúan, como las características individuales, el medio material, la calidad de las relaciones en sí misma y el sistema de relaciones sociales al que se pertenezca.

En relación con el sistema social, la familia tiene carácter de subsistema abierto, en tanto se encuentra en constante interacción recíproca con los otros grupos e instituciones de la sociedad.

La familia es un conjunto, grupo, compuesto por elementos, miembros del grupo familiar, que se encuentran en una dinámica de interacción particular y, a la vez, es un subsistema del sistema social.

El medio externo lo constituye todo lo ajeno al sistema familiar mismo; digamos el ambiente, la comunidad, las otras instituciones de la sociedad, etc., pero lo fundamental es la interrelación mutua del sistema con el medio social. La sociedad constituye fuente de desarrollo para la familia y sus integrantes. Del mismo modo, la familia como parte integrante de la sociedad, como subsistema, contribuye a su formación y desarrollo. En el contexto del sistema familiar, el hombre se convierte en un ser preparado para aportar a la vida social. Los elementos poseen atributos, es decir, determinadas propiedades del sistema.

Algunas propiedades de los sistemas y su aplicación al grupo familiar

Interdependencia. Característica relativa a la interconexión dependiente de un elemento respecto a los demás. La conducta de un miembro de la familia está en interrelación con la de los demás. El problema de uno afecta a los otros y estos, a su vez, lo mantienen. Las modificaciones de uno provocan cambios en las relaciones con los otros.

La unión de los elementos del sistema tiene una filiación necesaria, perdurable en el tiempo; y establece nexos de consanguinidad, parentesco y amor que rebasan los límites de la interconexión entre elementos de cualquier otro sistema viviente. Entonces, la característica del vínculo entre los elementos del grupo familiar es sui generis de este sistema. La interdependencia del

sistema familiar no es ajena a la capacidad de independencia de cada miembro dentro del sistema y esta, a su vez, la va modificando.

Diferenciación progresiva. Es la característica del sistema que explica la individualidad y particularidad de cada miembro. Cada uno se va diferenciando de los demás, según transita por las distintas etapas del desarrollo.

Intercambio variable con el medio e internamente. Los miembros del grupo familiar están en constante interacción entre sí y con los otros grupos e instituciones de la sociedad. Cada miembro de la familia intercambia información proveniente de los otros sistemas a la familia y viceversa. Esta característica pone a la familia en condición de subsistema abierto, en relación con la sociedad y su participación activa en ella.

Organización de una estructura jerárquica. El sistema tiene una organización estructural y funcional. La familia tiene una organización estructural jerárquica, en la cual existe un subsistema regulador y otro regulado. El primero, constituido por los padres, es rector, dicta las normas, organiza y controla. El segundo, compuesto por los hijos menores, debe acatar y cumplir las normas y tareas.

Cada miembro tiene sus funciones en el sistema y las debe cumplir para ayudar al funcionamiento del todo y, en el caso de la familia, también por su propio desarrollo individual. El subsistema parental tiene responsabilidades, deberes y obligaciones para con el subsistema fraterno, y distribuye y controla el cumplimiento de las funciones.

La estructura familiar facilita la organización del sistema, en tanto se pautan normas de vida cotidiana y de cumplimiento social. La comunicación permite la organización, la regulación y la eficacia para el cumplimiento de las funciones, tanto las materiales como las espirituales, así como la función que cumple la familia como un todo en la sociedad.

Capacidad de cambio y transformación. El sistema posibilita la adaptabilidad al medio de modo activo y transformador, y, a la vez, tiene capacidad de flexibilizarse dentro de determinados límites, asimilar el cambio y ajustar sus funciones. El sistema familiar se reorganiza frente a las influencias de la vida social que le demandan cambios.

Tendencias al equilibrio. Es la característica del sistema familiar de restablecer el equilibrio del grupo como un todo; la tendencia a buscar la estabilidad y la armonía, y favorecer la continuidad del sistema.

Retroalimentación. Esta propiedad permite aprovechar la información con fines correctivos y reguladores. Son los procesos que generan la autorregulación del sistema, en función de categorías normativas y

valorativas. Generalmente, la familia se vale de otras instituciones que sirven de dispositivos para la retroalimentación, digamos por ejemplo: la escuela, el centro laboral, centros de salud, etc.

Como todo sistema, la familia tiene diversos criterios de clasificación en relación con:

- El medio: es sistema abierto.
- El grado de complejidad: es un sistema muy complejo en tanto sistema donde rige la autorregulación, la retroalimentación y por la propia naturaleza de los miembros, que son organismos vivos de más alta complejidad y organización en interconexión interna con semejantes.
- Su predictibilidad: es un sistema probabilístico, ya que existe un grado de incertidumbre en la predicción del comportamiento, las motivaciones, las causas que lo originan y efectos que lo generan. Ejemplo: una conducta puede deberse a varios motivos y un motivo generar conductas diferentes, hasta contrapuestas.
- Su dinamismo: la familia es un sistema dinámico. El principio de la actividad caracteriza todos los procesos psicológicos; la conducta es dinámica en sí misma, en tanto supone movimiento constante regido por motivos. La relación mutua entre los miembros de la familia modela una dinámica particular interactiva y circular.
- Su estabilidad: se considera el sistema familiar casi estable, ya que sus elementos sufren necesariamente cambios que desestabilizan el sistema. El medio social proporciona una serie de situaciones a la familia que la desestabilizan. Aunque esta tiende a recuperar su equilibrio y lo logra, existen períodos de inestabilidad, aun en los sistemas más estables.

El sistema familiar tiende a la estabilidad y, por lo general, conserva elementos firmes de su estructura y organización aun dentro del caos.

El carácter de sistema que tiene la familia no debe analizarse al margen de la dialéctica de su desarrollo ni de la historia de las generaciones en un contexto social determinado. Solamente teniendo una concepción dialéctica, se pueden superar las limitaciones atribuibles al enfoque sistémico: su ahistoricidad y mecanicismo.

Funciones de la familia en la salud y la enfermedad

La familia cumple importantes funciones para la sociedad y para el propio individuo, las cuales para su comprensión pueden separarse, pero que en la realidad se dan de forma conjunta.

El concepto de funciones comprende las actividades que de forma cotidiana realiza la familia, las relaciones sociales que establecen en la realización de estas actividades, intrafamiliares y extrafamiliares, y los efectos producidos por ambas. Las funciones familiares no pueden analizarse como si fuesen diferentes para la familia y para la sociedad, porque las funciones que ella cumple en relación con la sociedad global se realizan al mismo tiempo que desarrolla sus vínculos con el entorno inmediato, la comunidad, y en los procesos y relaciones intrafamiliares.

A modo de ejemplo, se cita la función de reproducción de la población, que es, también, la función que satisface la necesidad de tener descendencia, vista desde un nivel micro por el efecto de la función de la pareja, en su necesidad de procrear y extenderse.

En la literatura revisada se describen tres grandes grupos de funciones: biosocial, económica y educativo-cultural.

Función biosocial. La familia cumple la función de reproducción, ya que en ella se gesta la necesidad de la descendencia y se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes.

La conducta reproductora a escala familiar incide en los indicadores demográficos de la sociedad, tales como densidad poblacional, fecundidad y natalidad.

Función económica. Se ejerce por medio de la realización de actividades para garantizar la integridad de los miembros. Incluye la obtención y administración de los recursos, tanto monetarios como bienes de consumo, la satisfacción de necesidades básicas, tanto por la vía de abastecimiento como el mantenimiento.

Comprende la realización de tareas domésticas que garantizan los servicios que se brindan en el hogar para la existencia, la conservación y el bienestar de la familia.

El hogar y la familia son considerados como pequeñas empresas encargadas de la manutención, cuidado y desarrollo de sus integrantes.

La familia contribuye al proceso reproductivo económico de la sociedad y, a la vez, se producen los recursos para garantizar la inserción plena del hombre a la vida social y la reposición de la fuerza laboral.

El hogar constituye el hábitat del hombre, el lugar donde satisface necesidades materiales y espirituales, y las bases para su participación en la vida social; significa el sitio donde se forma, se recupera y se desarrolla el individuo en su intercambio constante con la sociedad, en el decursar de todas las etapas de la vida.

Función educativo-cultural. Se incluye bajo esta denominación la influencia que ejerce la familia en sus miembros, en todo el proceso de aprendizaje individual y en el propio desarrollo familiar.

Es la función que produce el proceso de transmisión de experiencia histórico-social en la vida cotidiana. Es, también, la transmisión de valores ético-morales que se derivan de los principios, normas y regulaciones que se observan y se aprenden en la familia en el mundo de relaciones intra y extrafamiliares. Incluye la contribución al proceso formativo del desarrollo de la personalidad individual y, en general, a la formación ideológica de las generaciones.

El cumplimiento de la misión formadora o educativa no es resultado de la ejecución aislada de algunas de sus funciones de forma independiente. El papel educativo es inherente a la vida en familia en el ejercicio de todas sus actividades y tareas cotidianas, aunque, por lo general, no se hace con ese fin específico.

Las funciones de la familia están sujetas a variaciones relacionadas con los cambios de estructura y con la etapa que atraviesa. Las correspondientes a la etapa de los hijos pequeños son diferentes a las que se ejercen con los hijos adultos o en el hogar de adultos mayores.

Desde el punto de psicológico, otros roles de la familia tienen un carácter más específico en la relación del individuo con el entorno social.

Un ejemplo es el caso de la función afectiva. Esta es la actividad que realiza la familia de transmitir el amor que se profesan entre sí sus integrantes. El afecto constituye el vehículo por el cual se ejercen el resto de las funciones, como lo son las funciones biosocial y educativa, fundamentalmente.

La satisfacción de las necesidades afectivas que ocurre en el ámbito familiar permite el desarrollo de la confianza básica, la seguridad y la autoestima que requieren los individuos para la vida; además, es la base de apoyo y estabilidad psicológica.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el hombre, a lo largo de toda su vida y, por tanto, se reconoce que esta instancia ejerce una función amortiguadora ante las tensiones que genera la cotidianeidad. Es conocido para todos que una ayuda familiar, tanto de índole económica, material como espiritual, contribuye a paliar el impacto de ciertos cambios de alto significado para la vida del sujeto. Las posibilidades que brinda este familiar supera la popular "almohada que se le consulta todo o el paño que aguanta tantas lágrimas".

La familia es el más efectivo espacio, muro o puntal de contención que tiene el individuo para tolerar

las exigencias provenientes del propio proceso de su desarrollo, de los otros grupos e instituciones y de la vida social en la cual se encuentra inmerso. El auxilio que brinda un familiar cuando cuida al enfermo, cuando acompaña a recibir malas noticias y a pasar malos ratos, como por ejemplo, frente a métodos médicos cruentos e invasivos o cuando colabora en la rehabilitación de las secuelas que dejó una enfermedad, es invaluable.

De igual modo, está el apoyo de una abuela en el cuidado de nietos para que la hija o hijo cumpla funciones sociales y de desarrollo personal, o cuando se precisa ayuda monetaria por situación de constricción económica.

Sin embargo, vale aclarar que no siempre la familia es fuente de sustento y amortiguadora de estrés; es, a menudo, generadora de estrés en sí misma. Muchos de los casos de estrés al nivel individual se encuentran en la desarmonía y la falta de apoyo familiar. El ser humano necesita y anhela este amparo, y su ausencia le genera frustración y soledad.

A modo de resumen, las funciones sicosociales de la familia son las siguientes:

- Reproducción y reemplazo poblacional.
- Cumplimiento de necesidades básicas de subsistencia y convivencia familiar.
- Satisfacción de necesidades afectivas y red de apoyo social.
- Contribución a la formación y el desarrollo de la personalidad individual.
- Formación de valores éticos, morales y de conducta social.
- Transmisión de experiencia histórico-social y de los valores de la cultura.

Estructura de la familia y su representación gráfica

La composición de la unidad familiar permite la clasificación de la familia, según su estructura, en función de los miembros que comparten el hogar.

Criterios de clasificación estructural

Por el número de miembros que da lugar al tamaño de la familia:

- Familia grande: más de 6 miembros.
- Familia mediana: entre 4 y 6 miembros.
- Familia pequeña: de 1 a 3 miembros.

Este dato es útil para la obtención del índice de hacinamiento y el per cápita familiar. Para el análisis

de la situación de salud, su valor dependerá de otras características estructurales, de la edad y la condición de salud que posean los miembros de la familia.

Por la ontogénesis de la familia:

- Familia nuclear: presencia de hasta dos generaciones padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos.
- Familia extensa o extendida: presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados o en unión consensual con descendencia o sin ella.
- Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras; puede incluir otros parientes y amigos.

También se denomina familia multigeneracional aquella en la cual conviven más de dos generaciones como por ejemplo la trigeneracional y cuatrigeneracional. Si solo conviven dos generaciones es bigeneracional.

La clasificación de la familia, según su estructura, es útil para describir su composición en un momento determinado de su desarrollo y en determinadas condiciones de convivencia. También, para caracterizar la familia de una comunidad, un territorio y un país en términos de tamaño y convivencia generacional.

La familia nuclear típica estaría representada por la pareja con un hijo o más y en dependencia del número de hijos puede variar su tamaño, desde pequeña con un solo hijo hasta grande, si tiene cinco hijos.

Son todos los individuos que viven bajo el mismo techo, y comparten los mismos recursos y servicios, tengan vínculos parentales o no. Según este criterio, lo importante no es el vínculo parental o sanguíneo sino la convivencia y la interacción que se produce, al tener que usar los mismos recursos y servicios, así como el hábitat en común. Para otros, familia nuclear es solamente la madre, el padre y los hijos. En este caso, el criterio que prima es el vínculo de parentesco y la consiguiente relación afectiva, positiva o negativa, que se establece.

El término familia extensa también alude a los padres, hermanos y abuelos, a la familia de origen que toda persona tiene, aunque se viva en una familia de estructura típica nuclear. Son los abuelos, tíos, primos y demás familiares, independientemente del lugar de residencia. Es necesario especificar que, en Cuba en particular, es muy importante determinar si la familia nuclear vive independiente o convive con parte de la familia extensa, ya que esto casi siempre tiene implicaciones en la dinámica. Es frecuente encontrar familias en las cuales conviven tres o cuatro generaciones en

la misma vivienda, lo cual crea serias complicaciones de funcionamiento.

La familia extensa pudiera ser pequeña si conviven en el hogar tres personas: abuelo(a), hijo(a) y nieto(a).

No todas las familias, tanto nucleares como extensas, están representadas con los dos padres. Si la pareja sufrió muerte, divorcio o separación de uno de los dos cónyuges y es nuclear, se denomina familia monoparental.

Si falta un miembro de una generación, ya la familia tiene carácter de incompleta. Se denomina completa cuando están representados en el subsistema conyugal ambos cónyuges.

Si existe matrimonio nuevo, se denomina familia reconstruida o reconstituida, o de segundas o terceras nupcias.

La familia ampliada la conforman todas aquellas personas que, sin tener vínculos de parentesco, tienen participación en la vida familiar: vecinos, compañeros de trabajo y amigos. Se ve con frecuencia que estos factores ejercen una influencia extraordinaria en las decisiones familiares y en la solución o creación de problemas. Si se desconoce esta posibilidad, se está perdiendo la oportunidad de saber el origen del conflicto o de utilizar este recurso, a veces beneficioso.

Representación gráfica de la familia

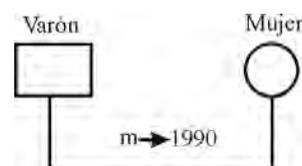
El familiograma es el gráfico mediante el cual se representa la familia. Permite, con un solo golpe de vista, obtener información acerca de la estructura familiar, así como de las relaciones entre los miembros. Constituye un formato de símbolos para dibujar un árbol familiar. Involucra tres niveles de información: el mapeo o trazado de la estructura, el registro de información individual y el señalamiento de las relaciones familiares.

Mapeo o trazado de la estructura

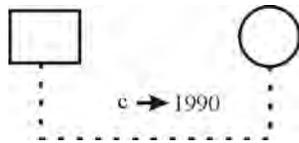
El trazado de la estructura se realiza para expresar con símbolos las relaciones biológicas y legales entre los miembros de la familia. Los círculos y cuadrados representan las personas, y las líneas describen las relaciones.

Símbolos

Varón a la izquierda y mujer a la derecha



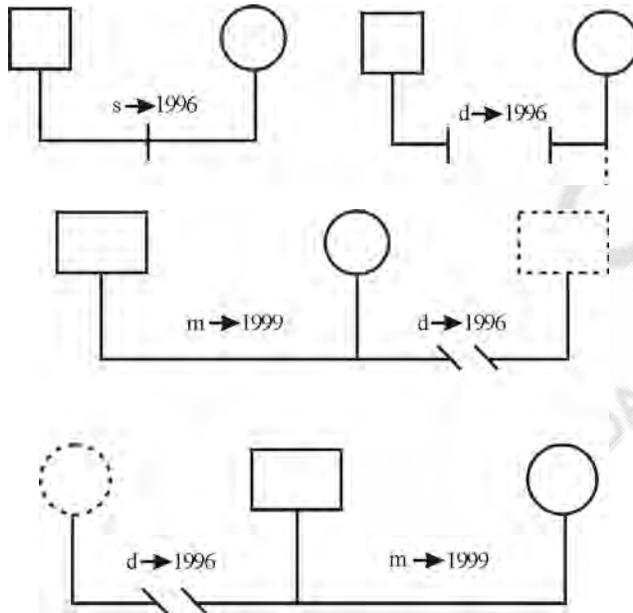
Las relaciones de parejas legalmente establecidas se trazan con línea continua y las relaciones de parejas convivientes, formalizadas legalmente –concubinato– se expresan en líneas discontinuas.



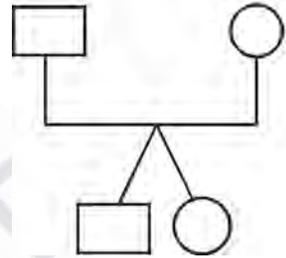
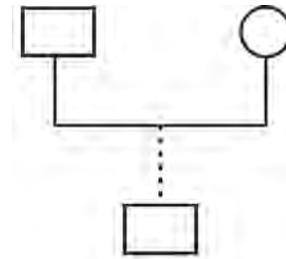
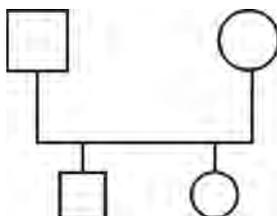
Por encima de la barra se puede colocar la fecha de matrimonio con m 1990, o concubinato con “c”.

En esta línea horizontal se refleja el divorcio con dos barras inclinadas para simbolizar la ruptura y en la separación, una sola barra. La fecha de separación y divorcio, se coloca encima de las barras inclinadas.

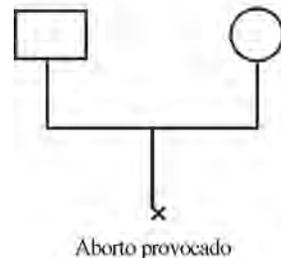
Si es necesario reflejar las uniones previas, se colocan también, y se pone ausente a la pareja anterior.



Los hijos penden con líneas verticales de la línea de unión horizontal entre sus padres. Se sitúan de izquierda a derecha, por orden de nacimiento. Los hijos adoptivos se unen con líneas de puntos a la línea horizontal que une a los padres. Si los hijos son gemelos, las líneas se hacen converger en el punto de unión con la línea de los padres.



Los abortos espontáneos se reflejan con una línea continua, igual que un hijo nacido se representa con el círculo o el cuadrado, según corresponda, relleno y más pequeño de tamaño. Los abortos provocados, con una “x” pequeña y los neonatos muertos, con círculo o cuadrado, según corresponda, pero la figura muy pequeña. Esta información se señalará en los casos que resulte necesario para el estudio de la familia.



Miembro ausente. El cuadrado o el círculo se hacen con líneas de puntos o discontinua y se coloca donde le corresponda su lugar en la estructura.



Miembro fallecido. Se coloca una "x" dentro del círculo o del cuadrado, según corresponda.



Registro de la información individual

Consiste en colocarle al famiogramma información demográfica y de salud de los miembros de la familia.

La fecha de nacimiento y fallecimiento se refleja dentro de la figura, si fuera necesario señalarlo.

La información respecto al grupo dispensarial, se coloca al margen externo de cada figura.

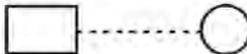
Señalamiento de las relaciones familiares

Este tipo de información refleja la dinámica de las relaciones, puede ser muy cambiante o perdurar largos períodos, y significa el tipo de relación que establece cada miembro con todos los demás integrantes de la familia y estos con él. Para obtener esta información se necesita observar la familia en visita de terreno, en el consultorio y en otros espacios de la comunidad. Las relaciones que se representan se basan en la cercanía afectiva.

Relación fusionada, sobreinvolucrada



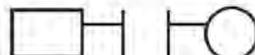
Relación distante



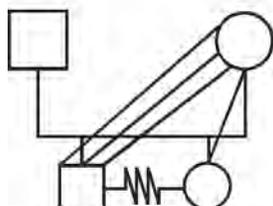
Relación conflictiva



Ruptura de la relación



Si la relación es normal, no se traza ninguna línea

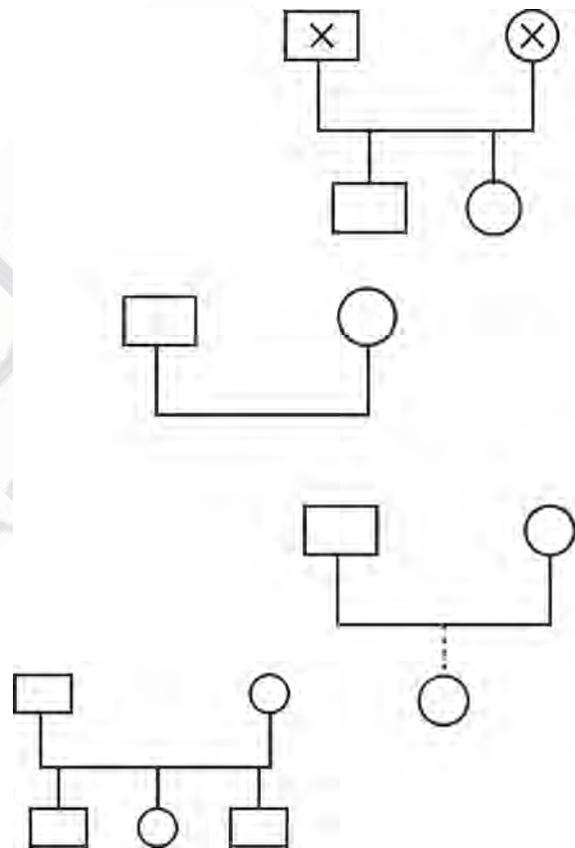


Ejemplos de famiogramma

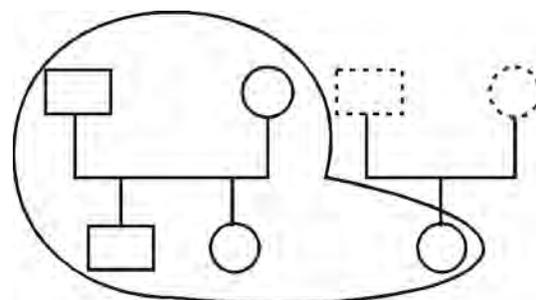
El famiogramma puede ser utilizado en estudios de casos, para las historias clínicas familiares que se realizan en los consultorios de medicina familiar y en la atención a la familia por los sistemas locales de salud.

La información que brinda el diagrama facilita la comprensión de los vínculos consanguíneos y la relación entre sus integrantes, así como permite anticipar los posibles conflictos que pueda enfrentar esta e identificar algunas estructuras que pueden constituir riesgo de por sí.

Ejemplo de familia nuclear

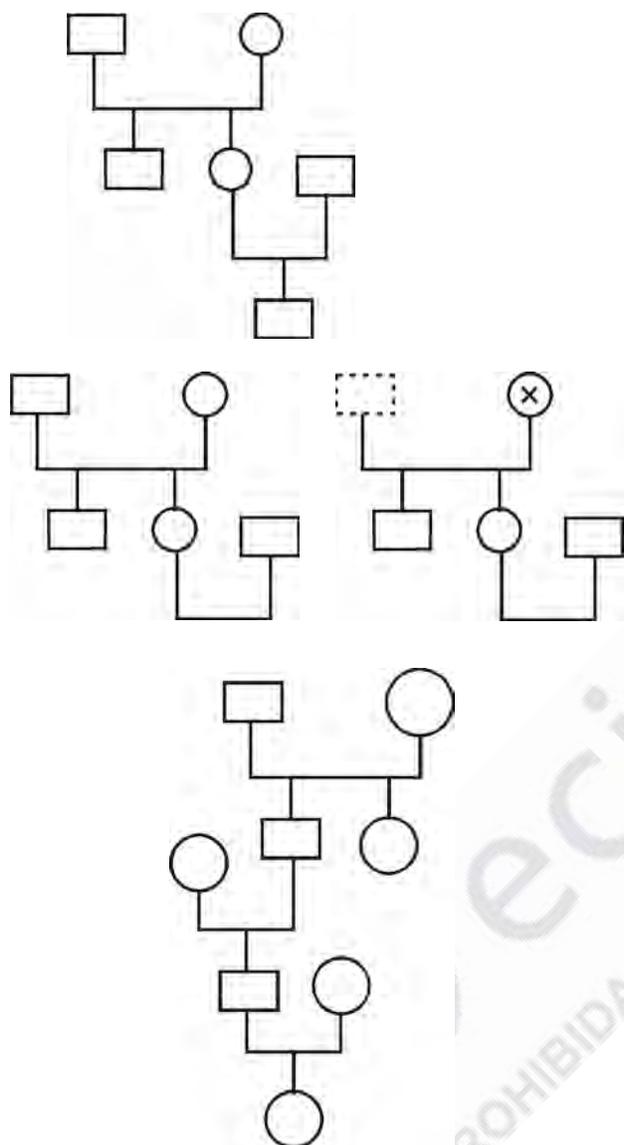


Ejemplo de familia ampliada



Se engloba en un círculo los que conviven con un no pariente

Ejemplo de familia extensa



Aquí pueden verse tres ejemplos de estructuras que pudieran ser de riesgo:

- Familia monoparental. Mujer sola con cuatro hijos adolescentes.
- Ausencia del subsistema parental por muerte, y niños o jóvenes sin amparo filial.
- Hogar unipersonal de un anciano.

Situación actual de la familia cubana

El desarrollo social ha traído aparejado nuevas concepciones de estructura y relaciones familiares al tiempo que se han producido drásticos cambios sociopolíticos y económicos a escala mundial, que han generado afectaciones bastante universales en la

estabilidad, dinámica y funcionamiento de la familia. Problemas como el desempleo, la pobreza, la guerra, el crimen, las variadas formas de violencia, las adicciones, la xenofobia, el abandono familiar y el azote de ciertas enfermedades conforman el dramático panorama de la familia en la actualidad (Benítez, 2003).

Recientes estudios de la familia cubana han documentado las transformaciones demográficas ocurridas desde la pasada década de los 90 que afectan la composición y dinámica familiar: la disminución de los índices de fecundidad y del número de hijos, la reducción del tamaño promedio de la familia, su envejecimiento, el aumento de las uniones consensuales, de las separaciones, el incremento de la tasa de divorcio y la maternidad precoz. El 17,3 % del total de familias nucleares cubanas son monoparentales y de ellas el 84 % la componen madres solas con hijos solteros, la mayoría de ellas divorciadas o separadas. También aumentaron los hogares unipersonales de los cuales un tercio son personas mayores de 60 años (CITMA, 2001).

Se afirma que los índices de fecundidad, mortalidad infantil y esperanza de vida, sitúan a Cuba junto al grupo de países más desarrollados, sin embargo, presenta aún algunos indicadores que expresan desarticulaciones, como son la nupcialidad temprana, la fecundidad precoz y la utilización, más allá de lo deseable, del aborto inducido (Martín, 2003).

La familia cubana actual se caracteriza por la variada y compleja tipología de composición familiar dada por la mayoritaria convivencia multigeneracional, el incremento de los hogares reconstituidos, con hijos de uniones anteriores, la mujer sola como jefa de familia, abuelos con nietos o bisnietos por conveniencias legales y se incrementan los hogares con parejas homosexuales.

La Revolución cubana produjo un conjunto de transformaciones en la esfera socioeconómica encaminadas a la disminución de las desigualdades por clase, raza y género, por ejemplo, la creación de fuentes de empleo, el acceso gratuito a la educación, la salud, las oportunidades de la mujer en la participación de la vida laboral y la creación de círculos infantiles, entre otras de gran impacto en el bienestar y desarrollo de la familia.

Fenómenos tales como la independencia económica de la mujer, el derecho a su realización personal fuera de las tareas hogareñas, así como las elevadas exigencias sociales provocaron cierta democratización de los roles domésticos y mayor participación del hombre y los hijos en las tareas antes destinadas solo a la mujer, y han dejado atrás ciertos prejuicios enraizados históricamente en la cultura sexista de género.

Hoy se produce una transición donde coexisten modelos familiares tradicionales y otros que preconizan rupturas generacionales.

Han ocurrido cambios en los cánones tradicionales de formación, estabilidad y relaciones de pareja, y superado las barreras de edad, raza, clase, nacionalidad, afiliación religiosa e ideológica, en la formación de parejas y en la decisión de divorcio y maternidad/paternidad. Estos procesos han provocado contradicciones intra e intergeneracionales que se manifiestan en la planificación familiar, en la educación de los hijos y en la convivencia hogareña.

Aún cuando la familia cubana goza de protección por parte del Estado y tiene garantizado un conjunto de servicios básicos, todavía presenta diversos problemas que afectan la salud.

En la década de los 90 el país sufrió una fuerte contracción económica producto de las limitaciones de intercambio comercial por la desintegración del campo socialista europeo y el recrudecimiento del bloqueo impuesto por los EE. UU., que tuvo y aún tiene repercusiones importantes en la vida familiar, en un inicio súbitas, eminentemente económicas y que de manera progresiva se han agudizado e impactado en la esfera social.

Diferentes procesos económicos y sociales han exigido de la familia un sobreesfuerzo para satisfacer las necesidades básicas de sus integrantes, carencia de los servicios domésticos y de mantenimiento de los hogares, dificultades para adquirir vivienda independiente, factores que han influido en la vida material, en la dinámica de la población y en la composición de los hogares.

Actualmente el país presenta una cotidianidad en crisis, se ha producido una desestructuración de la vida habitual, entendiéndose en sentido psicológico como una doble ruptura entre la experiencia y la forma de representarla y entre las necesidades y las formas habituales de satisfacerlas en el conjunto de actividades conocidas (Fabelo, 2003).

En el terreno de los valores, un fenómeno que afecta mucho la familia es la desvalorización del trabajo como fuente de ingresos monetarios para la satisfacción de necesidades, trayendo la contradicción entre los principios éticos y morales que propugna la ideología de la sociedad y las variadas estrategias alternativas utilizadas para obtener los recursos necesarios para la vida familiar, en ocasiones, al margen del trabajo.

Hacia el interior de los hogares se encuentran nuevos comportamientos familiares relacionados con

negocios de familia, doble jornada, estatal y particular, compra y venta ilícita de productos para la alimentación, entre otros.

Como resultado de la crisis, la adquisición de los medios de alimentación básicos adquiere una importancia capital y queda relegada a un segundo plano la formación de valores, las funciones educativas, culturales, afectivas y espirituales en general (Castro, 2002, Díaz, 2003).

La emigración legal e ilegal ha sido uno de los factores más traumáticos de la vida de familia durante la etapa revolucionaria, se ha reflejado al nivel psicológico como una estrategia de solución a la crisis, ya que las personas viajan hacia otro país temporal o definitivamente para trabajar y ayudar a la familia (Hernández, 2002; Vera, 2002) pero provocó la separación de sus miembros, el duelo psicológico dada la incertidumbre del reencuentro, el sentimiento de abandono en los que se quedan, la crisis de identidad en los que se van, así como agudos conflictos ideológicos entre integrantes del núcleo familiar.

La contracción económica, el recrudecimiento de las condiciones materiales de vida y trabajo, el mosaico de tipología familiar compleja, las estrategias de sobrevivencia familiar, el conflicto migratorio, los cambios en los patrones relacionales familiares, la formación de valores ético-morales en condiciones de crisis y la multiplicidad de roles que trae aparejada las elevadas exigencias sociales, caracterizan la problemática de la familia cubana.

Por otra parte, el gobierno ha desarrollado un conjunto de estrategias que han logrado un efecto preventivo en la aparición de la pobreza crítica y otros males sociales típicos de la mayoría de los países del mundo.

A pesar de las dificultades se consideran logros el esfuerzo por mantener las condiciones básicas de vida de las familias e incrementar algunos servicios, por ejemplo: los servicios de agua y saneamiento, la existencia de las consultas del médico y la enfermera de la familia como centros de educación para la salud familiar y, en especial, de adolescentes, la utilización de los medios de difusión masiva para llegar a las familias y comunidades con temas de orientación para la vida, los programas e instituciones que contribuyen a impulsar las acciones dirigidas a la familia y en particular el Plan de Prevención y Atención Social de la Federación de Mujeres Cubanas, así como la labor de las Casas de Orientación a la Mujer y la Familia con cursos y entrenamientos de formación de habilidades para la comunicación interpersonal (Álvarez, 2000).

Las propias características de organización de nuestro sistema sociopolítico han proporcionado en fortalezas para la familia ya que se ha producido cierta colectivización de la vida familiar, el modo de vida comunitario constituye un antídoto importante para la desconexión social y ha devenido espacio de socialización, colaboración y cooperación entre personas, y de hecho se ha convertido en una estrategia de vida para atenuar los efectos de la crisis (Arés, 2003).

Ingentes esfuerzos del Estado y el gobierno se han desplegado en la recuperación de la economía cubana para impedir que la crisis tome valores extremos, no obstante, la atención a los problemas que sufre la familia en su microespacio social se impone, toda vez que las huellas en la conciencia y en los valores no se borran fácilmente tras la recuperación económica.

Se plantea que las políticas públicas en favor de la integridad y el desarrollo familiar, como grupo importante de la sociedad, han estado carentes de sistematicidad y aún no se ha optimizado una acción social y una eficaz intervención en la familia, en lo referido a los factores educativos y asistenciales (Citma, 2001).

En resumen, si bien la familia cubana ha estado al nivel declarativo e intencional en los programas sociales, hay que aceptar que no ha estado en la mira de una política global, ha faltado el enfoque de familia, y es casi una constante que el significado de la familia sea más bien sinónimo de individuo, se ha tratado al niño, a la mujer, al discapacitado, al anciano, pero no a la familia como grupo sujeto de acción colectiva.

En la figura 59.1 se resumen los fenómenos que justifican la complejidad de la vida familiar actual.

Ciclo vital de la familia y crisis familiares

La familia recorre un proceso de desarrollo en el cual se distinguen etapas o fases marcadas por la ocurrencia de acontecimientos significativos de la vida. Al proceso de desarrollo, como un todo, se le ha denominado ciclo vital familiar.

El ciclo vital es un proceso que la familia atraviesa desde la unión de la pareja para una vida en común hasta la muerte de ambos progenitores, y son los descendientes quienes le dan continuidad al ciclo.

La familia se desarrolla y madura en un proceso permanente de contradicciones

entre constantes exigencias que demandan los acontecimientos de la vida, la organización y de estructura familiar. La familia se crece frente a cada etapa de desarrollo que presenta características diferentes.

Un acontecimiento vital es un hecho de particular significado que incita al cambio en la vida del individuo y del grupo familiar como un todo. Produce modificaciones en la estructura y el funcionamiento familiar, implica ajustes en los roles y genera nuevos mecanismos de enfrentamiento para incorporar la nueva situación; ejemplo: nacimiento de un hijo o separación de la pareja.

El impacto que produce la ocurrencia de un acontecimiento de la vida tiene repercusiones afectivas, cognitivas y conductuales en el individuo no por el hecho en sí, sino por el significado que este le atribuya en el conjunto de valoraciones personales y en dependencia de la percepción de eficacia que el individuo tenga sobre el control del acontecimiento.

Una serie de acontecimientos denominados «normativos» marcan el paso de una etapa a otra del ciclo vital. Este es el caso del matrimonio o emparejamiento, el nacimiento de un hijo, la salida de un hijo del hogar o la muerte del cónyuge.

Existe una amplia gama de sucesos que tienen carácter accidental y que, por lo general, tienen significado

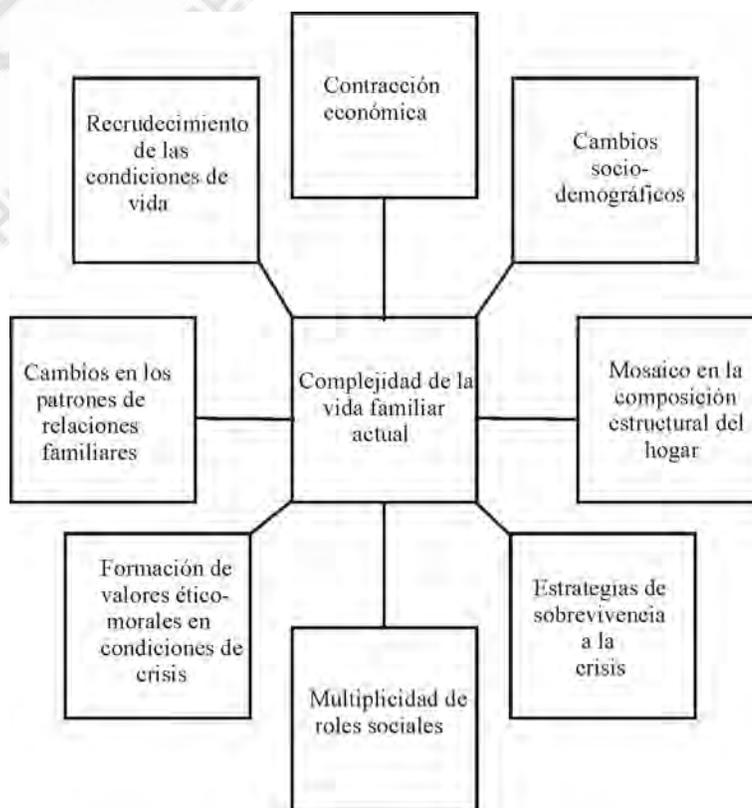


Fig. 59.1. Factores que intervienen en la complejidad de la vida familiar.

negativo, ya que están relacionados con pérdidas inesperadas como puede ser la muerte de un hijo, de uno de los padres o de un familiar antes del período comprendido en la esperanza de vida o una pérdida violenta. También son acontecimientos relacionados con situaciones que afectan la moral, la integridad de una familia según sus patrones valorativos como es el caso de la infidelidad, la drogadicción, la conducta antisocial o una madre soltera.

En este tipo de acontecimiento, también se clasifican las enfermedades graves y estigmatizadas como el sida, el cáncer, las enfermedades invalidantes y sus secuelas, enfermedades psiquiátricas, orgánicas y déficit mental.

El impacto de estos acontecimientos tendrá una repercusión familiar variable, en función de la atribución del significado que tengan en cada familia. Sin embargo, a pesar de la intensidad del impacto, la familia siempre se expone a una situación de contradicciones, conflictos, llamada crisis familiar.

Entiéndase por crisis de la familia el proceso de agudización de las contradicciones internas familiares que ponen de manifiesto la necesidad de un ajuste de las relaciones, en función de las demandas provenientes del propio medio interno familiar y de su relación con el medio externo.

La crisis pone a prueba la organización, estructura y funcionamiento de la familia, y cada familia recrea sus crisis y se crece frente a estas con diferentes grados de efectividad y de repercusión individual.

En el proceso de desarrollo de una familia cualquiera, se constatan períodos de estabilidad y otros de agudas contradicciones, algunas propias del desarrollo de los miembros en su ciclo vital individual, que repercuten en el sistema familiar y otras contradicciones que reflejan ciertas desviaciones del proceso normal de desarrollo y asimilación social.

El paso de una etapa a otra del ciclo vital supone crisis, y a este tipo se ha denominado crisis normativas de desarrollo o transitorias, ya que dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo y del enfrentamiento a los acontecimientos normativos que le ocurren a toda familia en su proceso de desarrollo.

Las crisis derivadas de los acontecimientos accidentales pueden ocurrir en cualquier etapa del ciclo y afectan de manera muy variable en dependencia de las características y principios de cada familia. Estas crisis se denominan paranormativas, accidentales o no transitorias, ya que no dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo vital.

Cualquier familia puede atravesar a la vez dos o tres tipos de crisis, las que depende del ciclo de desarrollo

y las que puede sufrir producto de la ocurrencia de cualquier hecho situacional o accidental.

El vocablo crisis no solo implica la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad de crecer y superar la contradicción con la consiguiente valencia positiva. 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 problema. Toda familia atraviesa muchos tipos de crisis a lo largo de su existencia. La familia que no puede resolver sus crisis y se queda atascada, fija mecanismos patológicos de interacción intra y extrafamiliares y, por lo general, va produciendo uno o más miembros en estado de desequilibrio o enfermedad. El hecho de vivir crisis no siempre es la causa de disfunciones familiares, sino el modo como se enfrentan.

La familia como grupo tiene fuerza interna propia que la hace capaz de asimilar las transformaciones del medio social que es, a su vez, fuente de desarrollo. Es un grupo armónico y flexible, teóricamente apto para gestar el desarrollo del individuo sano.

Etapas del ciclo vital de la familia

Existen diferentes clasificaciones del ciclo vital. En la tabla 59.1 se expone la clasificación de la OMS, al respecto.

Tabla 59.1 Clasificación del ciclo vital según la Organización Mundial de la Salud

Etapas	Acontecimientos que la definen	
	Comienzo	Final
Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
Extensión	Nacimiento del primer hijo	Primer hijo sale del hogar
Contracción	Primer hijo sale del hogar	Muerte del primer cónyuge
Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del segundo cónyuge

Esta clasificación utiliza la expresión “salida del hogar”, lo cual significa el momento del desprendimiento del hijo, y el cese de la función tutelar de los padres. En muchos países, los hijos adultos o jóvenes acostumbran a abandonar la casa de los padres, ya sea para estudiar, casarse o simplemente independizarse. No solo se marca el paso de la etapa con la salida física del hogar. La salida psicológica, la independencia de

los hijos, provoca el mismo efecto. En las familias en las cuales los hijos adultos se mantienen en el hogar, los padres viven el llamado “cese de tutela” con la complejidad que presenta la convivencia de padres e hijos adultos.

La denominación cese de la tutela para el hecho que marca el cambio de etapa de vida familiar, resulta menos confuso.

Otro problema de este ordenamiento de fases es que unifica, en una misma etapa, un periodo largo de variados acontecimientos, como es el caso de la fase de extensión desde el nacimiento del primer hijo hasta su salida, la cual puede durar hasta 25 o 30 años, y contiene períodos bien complejos como etapa preescolar, escolar y adolescencia.

En esta clasificación se aprecia la etapa de extensión muy larga y poco homogénea, ya que incluye desde el nacimiento del primer hijo, la etapa preescolar, escolar y adolescencia hasta la independencia del primer hijo adulto.

Algunos autores han definido una etapa intermedia de consolidación de la extensión, esta comienza con la entrada del primer hijo en la escuela e inicia un período diferente de interacción con la institución que marca pautas importantes en la vida del niño, así como de interacción con maestros y grupos coetáneos.

De este modo, esta fase comprende los procesos de adaptación a instituciones y la complementariedad que tiene la familia en el proceso de aprendizaje que se gesta en la escuela. El fin de esta etapa lo marca la independencia del primer hijo.

Nótese que los hechos que le van ocurriendo al primer hijo van enfrentando a la familia a tareas, conflictos y problemas de cada etapa, aun cuando puedan repetirse con otros hijos posteriormente.

Cada etapa del ciclo vital está caracterizada por un conjunto de tareas o funciones derivadas del status y de los roles principales que tienen los miembros del núcleo familiar.

De igual forma, se describen una serie de conflictos que con frecuencia se presentan en la familia y que, si se conocen de antemano, es posible prevenirlos.

Etapa de formación e integración

Sus acontecimientos vitales son: matrimonio, embarazo y nacimiento del primer hijo. En esta etapa se realiza el ajuste de individualidades y roles, con el consecuente acople funcional de intereses y necesidades. La pareja aprende la forma relacional de convivencia, al establecer las nuevas formas de interacción que incluyen el modo de acordar el desacuerdo y legalizar las diferencias.

Otra función importante que se realiza en esta fase es el ajuste con la familia de origen o familias anteriores, que incluye los hijos de otros matrimonios.

El primer periodo del matrimonio es un verdadero encuentro entre dos familias, no solo entre dos miembros de una pareja, ya que cada uno sintetiza los modos relacionales de su familia de origen, que da lugar a un nuevo espacio familiar.

Otra función básica de esta etapa es el ajuste de la sexualidad y la planificación concepcional. Es trascendental acordar el momento de ser padres, para que el hijo sea un resultado deseado y la motivación hacia él sea lo suficientemente fuerte como para jerarquizarla de manera adecuada, en relación con las otras múltiples motivaciones de cada miembro de la pareja. De esta función se deriva la forma de enfrentar el embarazo, lo cual significa enriquecimiento de la pareja, y un crecimiento como personalidad individual y como pareja.

Esta es la etapa en la cual se construye y consolida el llamado proyecto de vida.

El proyecto conjunto que unifica los intereses, objetivos y metas de la pareja es un arreglo negociado y planificado, de forma tal que estén representadas las entidades individuales, y permita el desarrollo personal y de la pareja.

Posibles conflictos

- Frustración de expectativas relativas al matrimonio.
- Prevalcimiento del rol individual frente a la dualidad de pareja.
- Dependencia excesiva con la familia de origen. Ejemplo: hijo o hija en alianza con los padres.
- Problemas concepcionales: infertilidad, aborto o hijo no deseado.
- Disfuncionalidad sexual.

Etapa de extensión

Sus eventos vitales son: nacimiento del primer hijo y la independencia del primer hijo cuando se marcha del hogar.

Esta es la etapa más larga del ciclo, y comprende una gran variedad de cambios en la familia influidos por el crecimiento y desarrollo de los hijos.

Una función importante que se da espontáneamente es el aprendizaje del rol papá/mamá-esposo/esposa. Este momento es un período en el cual hay una gran tarea común: criar y educar al hijo, pero también satisfacerse como pareja y continuar construyendo la sólida base de la relación.

La pareja debe aprender a socializar en un trío la comunicación y el amor que se daba en relación de dos

hasta ese momento. Esta situación se vuelve a redimensionar al nacer el segundo hijo, y otra vez se reestructuran los roles, así como las formas comunicativas.

Las tareas relativas a la educación, los cuidados de la salud, la incorporación a las instituciones infantiles, incluyendo la escuela, siguen un largo y sinuoso recorrido. En buena medida, hay una dependencia a las características propias del infante, en cuanto a su salud y regularidades del desarrollo psicológico. La comunicación de la pareja, el establecimiento claro y preciso de los roles, y los límites de cada uno frente a la formación y consolidación de su hogar constituyen elementos esenciales en el desenvolvimiento de todas las tareas de la etapa.

Pudiera decirse que una prueba difícil la pasa la familia cuando encara la edad adolescente de los hijos, de modo general. El púber comienza a oponerse a la autoridad de los padres y a desafiar las normas establecidas, lucha por la autonomía y la independencia, y se manifiesta rebelde y voluntarioso. El grupo familiar ensaya nuevas formas de actuación y comunicación, establece nuevas normas, se realiza un reajuste de la dinámica en la relación familiar, y la familia se convierte en un blanco vulnerable al advenimiento de conflictos comunicativos y jerárquicos en las estructuras de poder.

Posibles conflictos

- Excesiva unión madre-hijo y el padre queda periférico, como descolocado en la relación familiar.
- Expropiación del rol de padre y dejación del rol de esposa.
- Enfrentamiento inadecuado a las etapas críticas de desarrollo: las perretas del año, la crisis de autoconciencia de los 3 años y la adolescencia.
- Manejo de los celos fraternos.
- Enfrentamiento inadecuado a los cuidados del infante, así como en el proceso salud-enfermedad. Ejemplos: excesivos cuidados, madre obsesiva o hipocondríaca, abandono y negligencia frente a los cuidados de la infancia.

Fase de contracción

Sus eventos son: primer hijo sale del hogar y muerte del primer cónyuge.

La función más importante de esta etapa es el cese de la tutela directa hacia los hijos y un regreso a la comunicación directa de los esposos, sin mediación de los hijos. En la literatura del tema es frecuente encontrar esta etapa como “nido vacío”, para referirse a que se han ido los hijos del hogar.

En los momentos actuales en Cuba, este fenómeno se produce de forma diferente. Con frecuencia la pareja joven constituye su hogar dentro del hogar paterno y los futuros abuelos acogen en su casa a un hijo casado o a más de uno; de esta manera, los abuelos adquieren nuevos roles y se impone un cambio de estructura y funcionamiento familiar.

Por motivos de disponibilidad de viviendas o por ayuda mutua familiar, es común la existencia de dos familias nucleares o más compartiendo el mismo hogar y formando un núcleo extenso, por tanto, coexisten funciones, tareas y conflictos derivados de varias etapas del ciclo, según los eventos de vida que estén ocurriendo.

El papel de abuelo(a) llega muy directamente en este tipo de familia y los roles, con frecuencia, se intercambian, superponen o se confunden; en ocasiones, es difícil establecer los límites y los espacios individuales referentes a cada rol. Sin embargo, la alta demanda de la vida cotidiana de los tiempos modernos, así como la multiplicidad de funciones de hombres y mujeres en la sociedad, reclaman la colaboración de la familia extensa y esta se convierte en ventajosa para el cumplimiento exitoso de la vida social de cada uno de sus miembros.

De acuerdo con esta característica común en nuestro medio, esta fase de la familia nuclear no sufre la contracción de la pareja en tanto disminución de miembros ni funciones, y el regreso de la comunicación intensa entre cónyuges como la familia nuclear que se queda sola en su hogar. La relevancia y dimensión del problema cambia, según las particularidades del medio social en el cual ella evolucione.

Durante esta etapa se disfruta de un mayor tiempo para la individualidad, ya sea proyectada hacia la realización laboral, cultural, educacional o artística.

Las características de la etapa para la familia van a estar ligadas a la edad en la cual suceda la independización de los hijos, puesto que puede concomitar con el pleno esplendor de la vida social y laboral o con la jubilación y el envejecimiento; estos dos últimos constituyen motivos de ajuste individual y familiar.

En esta etapa, según la edad y la condición de salud, la pareja va a enfrentar enfermedad, incapacidad y disfuncionalidad orgánica, que incluye la sexual.

El cambio en las metas de futuro, el balance del pasado y la percepción de las limitaciones del presente son peculiaridades muy comunes de este período.

Un hallazgo importante es el sentido de la utilidad del tiempo en función de la individualidad y la familia. La creación de un espacio y tiempo nuevos para el envejecimiento, es fundamental para disfrutar alegremente la vida.

Posibles conflictos

- Transgresiones en roles y límites, respecto a hijos adultos y nietos.
- Alianzas con nietos en contraposición al padre o la madre.
- Actitud inadecuada frente al envejecimiento, la disfuncionabilidad y la incapacidad.
- Frustración en el balance de la vida o desbalance entre aspiración y realización.
- Regresión a etapas anteriores.
- Aislamiento familiar, social o ambas.

Fase de disolución

Sus eventos son: muerte del primer cónyuge y muerte del segundo cónyuge.

Esta es la etapa triste de la familia nuclear, aunque generalmente se reprodujo y creó generaciones que se formaron y crecieron en su seno, bajo su tutela y abrigo.

El ajuste a la viudez es la función más compleja de esta etapa por la pérdida que se sufre y las consecuencias que esto trae para la familia. Se requiere un nuevo reajuste de roles y una reestructuración de la jerarquía familiar. El viudo(a) percibe que le sobra tiempo y siente un vacío importante en cuanto a comunicación, afecto, y funciones de la vida cotidiana.

La familia extensa y el grupo de amigos pueden desempeñar un papel importante en la valoración personal, sentido de la utilidad social y, en general, en el reajuste a la vida sin pareja en la tercera edad.

Desde la etapa anterior y en esta, se hace evidente la pérdida de la independencia y el regreso a la dependencia de la familia. Este hecho es difícil de asimilar, ya que implica pérdida de autonomía y validismo, y la legalización interna del envejecimiento.

Posibles conflictos

- Enfrentamiento inadecuado a la viudez.
- Enfrentamiento inadecuado a la enfermedad o incapacidad.
- Frustración de planes fracasados.
- Falta de apoyo familiar.
- Relativos a la herencia de bienes.

Otra clasificación propuesta por M. Solomón y enriquecida por E. Carter, M. McGoldrick, M. Karpel y E. Strauss expone la relación de las etapas del ciclo vital siguiente (Louro Bernal, 2001):

1. Emparejamiento.
2. Paternidad-maternidad.
3. Crecimiento de los hijos.
4. Salida de los hijos.
5. Integración de las pérdidas.

Esta clasificación denomina las etapas según la tarea fundamental que se realiza en ellas, y enfatiza los roles de cónyuges, padres e hijos (Tabla 59.2).

Tabla 59.2. Clasificación de las etapas según la tarea fundamental

Fases	Tareas	Conflictos	Problemas
Primera	Separación de la familia de origen Construcción de la nueva familia	De lealtad Clarificar nuevos roles	Sobreinvolucración de uno de los esposos con sus padres, en contra del otro esposo Regreso a la familia de origen
Segunda	Balance entre responsabilidades maritales y parentales Consolidación del matrimonio	Intereses entre esposos e hijos	Exceso de dedicación a los hijos en detrimento del matrimonio. Exceso de dedicación al matrimonio, en detrimento de los hijos
Tercera	Construcción de la independencia entre padres e hijos	De separación	Hijos y padres sobreinvolucrados, para abogar por la independencia mutua
Cuarta	Los padres se convierten en pareja nuevamente Los hijos adultos tienen una nueva familia independiente Rol de abuelo(a)	Individualidad Nido vacío	Dependencia excesiva de los padres Hijos estimulados a salir fuera, a andar por su cuenta demasiado temprano
Quinta	Elaboración del duelo Los hijos adultos asumen responsabilidades por los padres	Duelo incompleto	Incapacidad de establecer valoraciones afectivas que alivien el duelo. Sobreprotección con el miembro sobreviviente

Momentos de crisis normativas

- Matrimonio.
- Embarazo.
- Nacimiento del primer hijo.
- Entrada del primer hijo a una institución infantil escolar.
- Hijo adolescente.
- Jubilación.
- Envejecimiento.
- Muerte del primer cónyuge.

Muchas interrogantes se presentan cuando se quiere ubicar una familia en una etapa del ciclo vital. Muchas veces resulta muy fácil y otras casi imposible. Esta diferencia se debe a que ese conocimiento utilizado para fines clasificatorios, solo es válido para las familias nucleares donde hay hasta dos generaciones. Si se desea identificar las tareas, los problemas y conflictos que están presentes en un hogar multigeneracional, mediante el enfoque de desarrollo, ciclo vital, se requiere hacer un análisis por subsistemas, ya que cada uno está en etapas diferentes y no se aprecia una sola etapa.

¿Cómo considerar una familia en etapa de disolución porque falleció el abuelo y la abuela quedó viuda, si esta vive con sus hijos y nietos? La abuela, sus hijos y nietos, vivan juntos o no, están sufriendo los problemas de la pérdida: el duelo. El subsistema está en disolución, pero la nueva familia que crearon sus hijos está en fase de extensión o de contracción, si los hijos son adultos.

El hecho de convivir varias generaciones, así como la consideración de los miembros cercanos, aunque no convivan, obligan a un análisis más flexible y complejo que rebasa la simple identificación de una sola etapa del ciclo vital familiar para una familia. Sin embargo, si se analiza un individuo desde el enfoque de ciclo vital familiar, se puede identificar que la señora viuda sí está en etapa de disolución.

Otra consideración importante es la crítica a la tendencia clasificatoria de la familia por el solo hecho de etiquetar o dar nombre a un ordenamiento cuando en realidad tiene poco valor manejar ese dato con los usuarios o pacientes.

El valor de la aplicación del conocimiento del ciclo de vida familiar está en contextualizar al individuo en un proceso de desarrollo que de antemano se conoce sus oportunidades y amenazas, las posibles causas de desequilibrio de salud y enfermedad, y orienta en cuanto a medidas de prevención de disfunciones familiares y trastornos psicopatológicos.

En resumen, el análisis permite la consideración de varias etapas del ciclo vital que se superponen en una

misma familia, y producen una complejidad y variedad de intereses, necesidades, roles, tareas, funciones y posibles conflictos que caracterizan a la familia multigeneracional.

Hay una gran variedad de familias que se escapan a los casos típicos y requieren valoraciones más integrales.

Está el caso de una pareja que no tiene hijos y vive sola. Si la pareja está en edad de procreación se puede ubicar en etapa de formación, sus miembros se están preparando para la paternidad-maternidad y están construyendo el proyecto de vida; ahora bien, si ya no tienen edad fértil, sufrieron el problema de infertilidad y ya resolvieron ese conflicto, llevan 25 años juntos, se puede clasificar en etapa de formación. Esta pareja ya no se ajusta al esquema tradicional de desarrollo familiar. Quizás están próximos a la disolución y la vivan como cualquier otra familia en la particularidad de “sin hijos propios”.

Otros autores plantean que la familia atraviesa un ciclo vital que revela su dinamismo y que consta, por tanto, de las tres etapas siguientes: formación, matrimonio legal o consensual; ampliación de la familia, embarazo, adopción o crianza de los hijos; ruptura de la familia, muerte e incluye los eventos accidentales, divorcio y migración. Esta última clasificación no contempla cuando la pareja llega unida a la etapa de los hijos adultos, o sea, obvió la contracción, la cual es muy importante; sin embargo, incluyó eventos accidentales que por su frecuencia se van haciendo normativos en las condiciones actuales de la familia en muchos países del mundo.

Pero ¿qué pasa cuando la pareja se divorcia? Es otro caso en el cual se interrumpe el curso de las etapas con una misma pareja. El ciclo comienza cuando la pareja decide unirse en un proyecto de vida en común. Si uno de los miembros decide otra unión en pareja, comienza la etapa de formación para ellos, con la peculiaridad de que la tarea paternidad-maternidad ya está presente, y surge la nueva tarea de asumir el rol de madre-padre sustituto(a).

Si la pareja se disolvió por muerte y no por separación, se sufren prematuramente los conflictos y problemas del duelo, la crisis relativa a la pérdida inesperada o fuera de tiempo y se interrumpe el ciclo normal de desarrollo familiar.

Crisis no transitorias

Las crisis paranormativas o no transitorias derivadas del enfrentamiento con acontecimientos accidentales o situacionales, pueden clasificarse según la estabilidad, incremento de miembros o desmembramiento:

- Crisis por incremento: se refiere a la crisis que puede provocar acontecimientos tales como retorno al hogar de un hijo(a) divorciado(a), o cuando algún pariente que decide unirse al grupo familiar, abuelos, sobrinos, etc., y cuando se producen adopciones.
- Crisis por desmembramiento: se refiere a la crisis que provoca la muerte de un hijo(a) o del cónyuge antes del periodo esperado, hospitalización prolongada y separación por períodos largos. Ejemplos: misiones, trabajo o estudio fuera del país o ciudad.

Las crisis paranormativas también pueden clasificarse por el efecto que causan en la dinámica familiar y en la subjetividad individual:

- Crisis de desmoralización: se refiere a la vivencia de acontecimientos relacionados con los valores éticos y morales de la familia, y la transgresión de estos por alguno de sus miembros. Ejemplo: infidelidad, delincuencia, drogadicción y actos deshonorosos, entre otros.
- Crisis de desorganización: se refiere a la crisis que se genera a partir de que se presente en un miembro una condición de enfermedad grave, discapacidad e invalidez, el sufrimiento de un accidente y la infertilidad.

Igualmente se presenta la desorganización ante la pérdida del status económico o la vivienda, así como el abandono e incumplimiento de roles parentales.

Existe una serie de situaciones en la vida que generan crisis susceptibles de ser clasificadas por ambos ejes, ya que pueden afectar la estabilidad de los miembros en el hogar y la dinámica grupal. Este es el caso del divorcio, el suicidio, abandono o ingreso hospitalario prolongado.

Este tipo de crisis puede tener carácter de mixta. También puede producir desmoralización cualesquiera de las crisis restantes, si se desarrollan en un contexto y con una connotación que afecten la integridad moral de la familia.

Funcionamiento y salud familiar

En la bibliografía consultada sobre el funcionamiento familiar se encuentra una variedad de acepciones y descripciones del concepto. La funcionalidad de la familia no es solo el cumplimiento de las funciones familiares, sino el proceso resultante del conjunto de interacciones entre los parientes, o sea, se refiere a la condición que describe la síntesis de las relaciones internas, intrafamiliar. Se reconoce que estas relaciones no están aisladas de las relaciones extrafamiliares, sino que por el contrario, están íntimamente conectadas entre sí.

La funcionalidad de la familia se refiere a la característica relativamente estable de relacionarse el grupo de forma interna. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se estable en el interior de cada familia y que le dan identidad propia.

El enfoque sistémico de la familia considera que el funcionamiento familiar depende de la dinámica relacional sistémica, que se produce en el proceso interactivo entre sus miembros. La dinámica relacional conforma el ambiente y la atmósfera del hogar, le imprime un clima agradable, de satisfacción, o un clima desagradable, de tensión.

La calidad de las relaciones familiares regula el desarrollo del grupo familiar como un todo.

Existe diversidad respecto a la pertinencia de las dimensiones que deben conformar el concepto de funcionamiento familiar, así como los indicadores para su evaluación.

Los estudiosos de la familia, por lo general, provienen del campo de la terapia familiar y sus métodos evaluativos son fundamentalmente clínicos.

El problema principal de los autores contemporáneos radica en que hiperbolizan el valor de algunos de estos procesos interactivos como causantes de las disfunciones familiares, a la vez que descontextualizan a la familia de su entorno sociocultural y obvian el valor de lo personalógico e intrasubjetivo en el proceso de hacer familia.

Los representantes de la Escuela Estructural conceden gran importancia a las categorías límites y jerarquías, para medir el funcionamiento familiar, y los de la Escuela Comunicacional evalúan la funcionalidad en términos de la comunicación intrafamiliar, el tipo de mensaje y los estilos comunicativos.

No obstante las limitaciones antes mencionadas, las investigaciones para la evaluación del funcionamiento familiar han aportado un conjunto de métodos importantes que se analizarán posteriormente.

Según el criterio con el cual se evalúa el funcionamiento familiar, la familia puede clasificarse en funcional o disfuncional. Para Westley y Epstein una es funcional cuando cumple tres esferas básicas de funciones:

- Esfera de tareas básicas: encargada de la satisfacción de necesidades materiales.
- Esfera de tareas de desarrollo: relacionada con el tránsito por el ciclo vital.
- Esfera de tareas arriesgadas: encargada de valorar la capacidad que posee la familia para dar solución a las crisis.

Para estos autores, la familia funcional es aquella capaz de resolver con eficacia los tres tipos de tareas.

Este modelo teórico contempla el cumplimiento de las funciones de la familia, así como su afrontamiento a las crisis normativas y paranormativas, pero no evalúa la dimensión interactiva que está en la base de las tres tareas básicas.

Otro modelo teórico (Louro Bernal, 2001) considera que la funcionabilidad de la familia se mide por la capacidad para resolver las crisis que se le presentan, unida como grupo, por las formas en que expresa sus afectos, en cómo se permite el crecimiento individual, y cómo se produce la interacción entre sus miembros para respetar la autonomía y el espacio individual. Define a la familia como una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas que permite a cada uno de sus integrantes desarrollarse como individuo, con el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los otros. Las familias funcionales encaran las crisis en grupo y cada miembro acepta un papel para hacerles frente. Identifican los problemas y expresan conformidades e inconformidades. Se respeta la autonomía, a la vez que el espacio y los roles están bien definidos.

Las familias disfuncionales son incapaces de expresar con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no son capaces de enfrentar las crisis, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, no permiten el desarrollo individual, la unión no es productiva y existe confusión de roles.

Para Walsh, F. (Louro Bernal, 2001) las familias funcionales enfrentan las crisis unidas como grupo, para buscar solución adecuada a los conflictos, los cuales estimulan la creatividad y favorecen el cambio. Las opiniones diversas son consideradas de manera positiva y se respeta la individualidad.

Este autor introduce la creatividad para afrontar los cambios, pero no sugiere la forma de medirla.

Para los autores antes mencionados, los criterios de comunicación, expresión afectiva, ejercicios de roles, unión familiar, identificación de problemas, afrontamiento de crisis, desarrollo individual y respeto a la autonomía, son aquellos con los cuales se mide el funcionamiento familiar.

La familia funcional cumple con la misión social, sin afectar el proceso interno de interacción, la calidad de las relaciones internas y el desarrollo individual, según los requerimientos de cada etapa.

Algunos indicadores para considerar a una familia como funcional (Arés, 1995), se mencionan a continuación:

- Presencia de límites y jerarquías claras.
- Respeto al espacio físico y emocional de cada miembro.
- Reglas flexibles, pero claras y precisas.
- Capacidad de reajuste ante los cambios.

- Posibilidad de expresar sentimientos.
- Comunicación clara y directa.
- Adecuada distribución de roles.
- Presencia de códigos de lealtad y pertenencia, sin perder la identidad e independencia.
- Adecuadas estrategias para resolver situaciones de conflicto.

Otra dimensión llamada “fuerza familiar” según Kinball Young (Louro Bernal, 2001) se refiere a los recursos que tiene la familia en términos personales, de salud mental y física, de habilidades para las relaciones, valores morales, y en términos materiales y económicos.

Los criterios para evaluar las fuerzas familiares, incluyen las habilidades para:

- Proveer satisfacción de necesidades físicas, emocionales y espirituales.
- Ser sensibles a las necesidades de los miembros de la familia.
- Comunicarse afectivamente.
- Proporcionar apoyo, seguridad y estímulo.
- Iniciar y mantener relaciones sociales fuera del hogar.
- Crecer con los hijos y a través de ellos.
- Ayudarse uno mismo y aceptar ayuda.
- Ejecutar roles en forma flexible.
- Usar una experiencia de crisis como una forma de crecimiento.
- Estimular el desarrollo individual y la autoestima.
- Posibilitar la lealtad y la cooperación intrafamiliar.
- Pedir ayuda exterior frente a la identificación de problemas.

Olson, Rusell y Sprenkle (1979) propusieron dos categorías básicas para el estudio del funcionamiento familiar: cohesión y adaptabilidad. Crearon una prueba para su medición, la cual denominaron faces. De acuerdo con el cruzamiento de estas variables, resulta una matriz de 16 tipos de familias. Gráficamente, la matriz se lleva a una circunferencia que ilustra la distribución de las familias según los resultados de la prueba. Este modelo se ha llamado modelo circuplejo. Para estos autores, la cohesión es la unión emocional, intelectual y física de los miembros de la familia. Se manifiesta como alta cohesión, amalgamiento, o baja cohesión, desligamiento; ambos extremos son patológicos. La adaptabilidad se considera como la habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relaciones de rol y las reglas, en dependencia de las situaciones de estrés. Se manifiesta en un continuo desde el caos:

poca adaptabilidad, hasta rigidez: exceso de patrones e inflexibilidad.

Smilkstein y colaboradores, crearon una prueba para medir la percepción del funcionamiento familiar y sobre esa base trabajar un programa de intervención familiar (Ruiz, 1990) La prueba, denominada apgar familiar, consta de cinco reactivos que corresponden con las variantes siguientes:

1. Adaptabilidad: capacidad de utilizar los recursos familiares y comunitarios, para resolver situaciones de crisis.
2. Participación: capacidad de compartir los problemas y comunicarse con los demás, para explorar el modo de resolverlos.
3. Gradiente de desarrollo: capacidad de atravesar distintas etapas del ciclo vital en forma madura, pero que permita la individualización.
4. Afectividad: capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar emociones de afecto, amor, pena o rabia.
5. Resolución: capacidad de aplicar los elementos anteriores para compartir el tiempo, y los recursos espirituales y materiales de cada miembro de la familia.

Los resultados de esta prueba permiten clasificar a los individuos, según la satisfacción de sus familias, en:

- Altamente funcional.
- Moderadamente funcional.
- Severamente disfuncional.

Otro modelo evaluativo, elaborado por McMaster (Ruiz, 1990), propone el estudio de las variables siguientes:

- Identificación del problema y solución de este.
- Comunicación.
- Roles.
- Respuestas emocionales.
- Involucración afectiva.
- Control de conducta, estilos de afrontamientos.

Este método consiste en un cuestionario que da salida a dichas variables; fue validado en la población norteamericana con una muestra de 583 familias.

Método genograma. Se basa en un estudio descriptivo-cualitativo de la familia, mediante un análisis detallado de la historia familiar. Se acompaña del gráfico que conocemos con el nombre de “filiograma”. Las categorías que se estudian son las siguientes:

- Estructura familiar.
- Ciclo vital.
- Patrones que se repiten por generaciones.
- Acontecimientos de la vida.

- Patrones familiares de relación.
- Balance o desbalance.

Arés (1995) considera evaluable el diagnóstico del funcionamiento familiar a través de las variables siguientes:

- Distribución y ejercicios de roles.
- Autoridad.
- Códigos emocionales.
- Enfrentamiento a situaciones de conflicto.
- Manejo de los límites.
- Comunicación.

Método del círculo familiar. Es un método gráfico que aporta información acerca de las atracciones y rechazos en el ámbito familiar, según la percepción de un miembro. Se le pide al sujeto que dibuje en una hoja de papel el lugar que ocupa cada miembro de la familia mediante círculos en una circunferencia. El gráfico representa la imagen subjetiva de la familia, y sus relaciones en un individuo. Pueden ser evaluadas las categorías distancia, jerarquía, espacios y límites.

En un estudio de caracterización sociodemográfica de 154 familias de un consultorio médico en Ciudad de La Habana, se diagnosticó a las familias a través de los criterios evaluativos de la historia clínica familiar, y se obtuvo que la condición de disfuncionalidad estuvo asociada con las condiciones materiales limitadas, con la estructura multigeneracional y con riñas matrimoniales e intergeneracionales.

Las familias disfuncionales tenían una incidencia más alta de enfermos crónicos con pobre control de su enfermedad, y las parejas de esas familias no planificaban su reproducción. En esos hogares se concentraban los problemas de alcoholismo, conducta antisocial, promiscuidad, conducta suicida y métodos incorrectos de crianza.

Con estos resultados se demuestra la relación de las disfunciones familiares en la salud de las familias y la importancia de su prevención.

En Cuba, en 1994, se diseñó una prueba para medir percepción de funcionamiento familiar de fácil aplicación y calificación para el equipo de la atención primaria. La prueba denominada FF-SIL (tabla 59.3) fue validada en una muestra de familias de dos municipios de ciudad de La Habana, y obtuvo alta confiabilidad y validez, lo cual indica que la prueba mide lo que pretende medir a través de las dimensiones siguientes (Pérez, De la Cuesta, Louro y Bayarre, 1991):

- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, y para la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación: los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- Adaptabilidad: habilidad para cambiar estructura de poder, y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- Afectividad: capacidad de los miembros de vivir, y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Permeabilidad: capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Tabla 59.3. Prueba denominada FF-SIL

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Usted puede clasificar y marcar con una X la respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1 Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2 En mi casa predomina la armonía					
3 En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5 Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6 Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7 Tomamos en consideración las experiencias de otras familias, ante situaciones difíciles					
8 Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9 Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10 Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11 Podemos conversar diversos temas sin temor					
12 Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14 Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos, y permite clasificar a la familia en cuatro tipos:

	Puntos
Familia funcional	70-57
Familia moderadamente funcional	56-43
Familia disfuncional	42-28
Familia severamente disfuncional	27-14

Esta prueba ha sido utilizada en distintas investigaciones, y ha permitido una valoración cuantitativa y cualitativa de la percepción del funcionamiento familiar. Por ejemplo, se ha utilizado para caracterizar a las familias en la comunidad, para familias de enfermos crónicos, de alcohólicos, en individuos con conductas suicidas y en niños con retardo del desarrollo.

En 1996, esta prueba fue utilizada para diagnosticar el funcionamiento familiar en una muestra de familias de un grupo básico de trabajo, con el fin de diseñar un proyecto de intervención. Como resultado se obtuvo: que las familias de bajos ingresos, con hacinamiento y condiciones de vida más desfavorables son las más expuestas a la condición estudiada. Los problemas de divorcio, salida del país, alcoholismo y enfermedades psiquiátricas estuvieron asociados a la disfuncionabilidad.

En investigación realizada en una comunidad en el municipio Playa, ciudad de La Habana, en 1997, para analizar la situación de salud familiar con el uso de grupos focales (Pérez, 1997; Louro, 2004; Ortega, 2003) se obtuvo la información siguiente:

- Problemas de funcionamiento familiar interno.
- Alcoholismo en uno de los miembros.
- Migraciones.
- Problemas económicos.
- Problemas de vivienda.
- Pocas opciones recreativas.

Las alteraciones del sistema de relaciones familiares fueron identificadas como una de las causantes de los problemas de la salud familiar.

Consideraciones acerca de la evaluación familiar

La evaluación como proceso para obtener información, categorizar y comparar con estándares establecidos requiere un conjunto de indicadores diseñados para ello, mediante los cuales se realiza la medición en consonancia con el método evaluativo.

En el caso de la evaluación familiar el médico enfrenta una seria problemática que entraña un análisis

en los planos teórico, metodológico y ético, en el cual se considere:

- ¿Qué concepción teórica sustenta el modelo evaluativo?
- ¿Qué se desea evaluar?
- ¿Los métodos se corresponden con la teoría?
- ¿Qué le aporta a la familia el resultado de la evaluación?
- ¿Cómo velar la ética del proceso evaluativo?

Estas preguntas, y quizás otras más, son oportunas al enfrentar la investigación familiar. La mayoría de los investigadores realizan sus trabajos como resultado de la práctica clínica con familias que han dado su consentimiento, y que han aceptado ser investigadas y tratadas. De cualquier manera, la investigación presenta límites, y la invitación al cambio de la familia llega hasta donde sus valoraciones y principios lo permitan:

- Si la familia se estudia en el ámbito terapéutico, la medición se obtiene en un ambiente de enfermedad, lo cual es útil para esas condiciones y no otras.
- Si la familia se estudia en el ámbito comunitario, la medición, por lo general, se obtiene de una sola persona, quien aporta su percepción familiar. Los instrumentos que se diseñan, casi siempre requieren la opinión de un miembro del núcleo familiar, que puede ser en la mayoría de los casos el jefe del hogar, y este elemento pudiera introducir un sesgo a la investigación.
- Si se solicita, el jefe de núcleo puede ser la persona de mayor edad o el dueño y, por lo general, un representante masculino. La selección de jefatura puede no corresponder con la persona que lleva la organización y sostén del hogar. Por tanto, se debe solicitar la persona que toma decisiones y está al frente de la familia.
- Si la opinión de la familia se obtiene a través de un paciente, puede correrse el riesgo de que este la perciba desde una posición desventajosa y no refleje su verdadera dinámica.
- La condición de observador participante en la cual se encuentra el equipo del consultorio de la atención primaria puede resultar peligrosa; por un lado, puede tener la objetividad necesaria, ya que la información se la da la convivencia cotidiana y sistemática en la comunidad, pero, por otro, se corre el riesgo de que esté influida por la relación empatía-antipatía que se puede producir como resultado de la participación como vecino(a).
- La posición del evaluador requiere la observación de los principios éticos, la sabiduría en el tratamiento de la información y la capacidad de mantenerse

multiparcial, o sea, ni imparcial ni parcializado con una parte de la familia u otra.

- El fenómeno que se estudia, la vida familiar, su estructura, funcionamiento y desarrollo son cambiantes, variables y la veracidad de la información es relativamente limitada en el tiempo.
- La información con fines investigativos debe servir a la familia como retroalimentación, de modo que esta última pueda recibir alguna intervención productiva y no solo ser objeto de diagnóstico.

En resumen, a través de la evaluación de la familia se puede recopilar información para su caracterización y diagnóstico, dentro de determinados límites.

Las dimensiones más utilizadas responden a variables de tipo estructural, funcional y de desarrollo, así como del modo de vida familiar.

Existen variados métodos que facilitan la evaluación, como ya se ha estudiado en este capítulo. Algunos son considerados directos, tales como: entrevista familiar, observación, familiograma y escalas familiares. Otros son indirectos, entre estos: las composiciones, dibujos psicodramas y esculturas familiares. El proceso diagnóstico se diferencia del simple etiquetado de una familia, es el resultado del trabajo de análisis y síntesis de la información. Implica la combinación de métodos directos e indirectos.

Bibliografía

- Álvarez, S.M., R.I. Rodríguez, C.P. Popowski y M.A. Castañeda (2000). *Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba*. Editorial De la Mujer, La Habana, p. 22-44.
- Andolfi, M. (1989). *Técnicas de terapia familiar*. Editorial Pardos, Buenos Aires.
- Arés, M.P. (2003). Familia cubana, realidad económica y políticas sociales. Fortalezas y desafíos. [Disertación] Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, La Habana.
- Arés, M.P. (1995). *Hogar dulce hogar. ¿Mito o realidad?* Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, La Habana.
- Benítez, M.E. (2003). *La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, pp.56-59.
- Colectivo de autores (1994). *Intervenciones en Salud*. Facultad de Salud Pública, La Habana.
- Cucco, M. y L. Lozada (1990). *Metodología de intervención comunitaria*. Instituto Marie Langer, Madrid.
- Díaz, T.M. (2003). La familia cubana ante la crisis de los 90. Departamento de estudios sobre familia. Centro de Investigaciones psicológicas y sociológicas. Cuba [en línea] [fecha de acceso 5 de enero de 2007]. Disponible en el URL: <http://www.clasco.org>
- Fabelo, J.R. (2003). *Los valores y sus desafíos actuales*. Editorial José Martí, La Habana, pp.166-81.
- Grau, J. (1995). Los estados afectivos y la enfermedad crónica. [inédito] Conferencia-texto para la maestría en Psicología de la Salud, La Habana.
- Hernández, R., M.I. Domínguez, C. Martín y O. Valiño (2002). ¿Por qué emigran los cubanos? *Temas* (31):76.
- Horowitz, N. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín OPS* 98(2).
- Louro, B.I. (1992). Algunas consideraciones acerca de la familia y el proceso salud-enfermedad. Facultad de Salud Pública, ISCM-H, La Habana.
- Louro, B.I. (1987). *Intervención psicológica familiar*. Facultad de Salud Pública, La Habana.
- Louro, B.I. (2001). Atención familiar. En *Temas de Medicina General Integral* (Álvarez Sintet *et al.*), Editorial Ciencias Médicas, La Habana, t.1, pp. 209-78.
- Louro, B.I. (2004). Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. *Rev. Cub Med Gen Integ* [online] mayo-un. 2004, vol.20, no.3 [citado 24 marzo 2007], P.0.0. Disponible en la [www: < http://Scielo.sld.cu/Scielo.Php?Script=Sci-artex&pid=50864-2125.2004000300006&nrm=150>](http://Scielo.sld.cu/Scielo.Php?Script=Sci-artex&pid=50864-2125.2004000300006&nrm=150). [150>.Issn0864=2125.](http://Scielo.sld.cu/Scielo.Php?Script=Sci-artex&pid=50864-2125.2004000300006&nrm=150)
- Martín, C. (2003). La identidad cubana en el cubano de hoy. Un estudio psicosocial. Fundación Fernando Ortiz; La Habana, pp. 63-5.
- Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (2001). Familia y cambios socioeconómicos a las puertas del nuevo milenio. Informe final de investigación. La Habana: CIPS.
- Molina, J. (1996). Bases teóricas y epistemológicas de la terapia familiar sistémica. Instituto Mexicano de Terapias Breves, México D.F.
- Olson, D.H., D. Sprenkle y C. Russell (1979). Circumplex model of mental and family systems. *Family process*.
- Ortiz, M.T., I.B. Louro, L. Jiménez y L.C. Silvia (1996). Propuesta metodológica para el diseño de proyectos de intervención en salud familiar. [inédito]. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud.
- Ortega, Á.A., M.F. Osorio Pagola, A.T. Fernández Vidal (2003). Diagnóstico del funcionamiento familiar en el consultorio del médico y la enfermera de familia. *Rev. Cub Med Gen Integ* [online] mar-abr. 2003, vol.19, no 2 [citado 24 marzo 2007] P.0-0. Disponible en la [www: < http://Scielo.sld.cu/Scielo.p.hp?script=Sci-artex t & pid=50864-2125200300020004 & nrm=150>](http://Scielo.sld.cu/Scielo.p.hp?script=Sci-artex%20t%20pid=50864-2125200300020004&nrm=150). [155n 0864-2125.](http://Scielo.sld.cu/Scielo.p.hp?script=Sci-artex%20t%20pid=50864-2125200300020004&nrm=150)
- Pérez, E.; D. De la Cuesta, I. Louro y H. Bayarre (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Revista Ciencia Ergo Sum*, marzo 4 (1).
- Pérez Lovelle, R. (1989). *La psiquis en la determinación de la salud*. Editorial Científico-Técnica, La Habana.
- Reca, M.J., S.M. Álvarez y S.A. Puñales (1996). *La familia en el ejercicio de sus funciones*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
- Ruiz, G. (1990). Cómo evaluar la familia con eficacia. *Rev. Cub Med Gen Int*.6 (1).
- Vera EA (2007). La dimensión familiar en Cuba: pasado y presente. Centro de Investigación y Desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello. Ed. Palcograf.
- Von Bertalanfy, L. (1976). Teoría general de los sistemas. Fondo de Cultura Económica, México.
- Weber, T. (1987). La Primera entrevista familiar. Universidad San John.



CAMPO DE LA SALUD FAMILIAR

Isabel Louro Bernal

El grupo familiar cumple funciones importantes relacionadas con la reproducción biológica y social, así como el crecimiento y el desarrollo del ser humano.

La familia realiza una importante contribución a los procesos de reproducción social, tanto de la población, de la fuerza de trabajo, como de la cultura, valores e ideología (Zabala, 2007).

En el seno de la familia se gesta el aprendizaje de los valores y se produce la mediatización de los procesos de apropiación cultural, entre ellos el valor y la cultura del cuidado de la salud individual, familiar y colectiva, la apropiación de comportamientos saludables, ya sean aquellos relacionados con la higiene, la alimentación, la sexualidad, la ética de las relaciones familiares y humanas, las normas sociales y de convivencia, así como el cuidado del medio ambiente.

La familia ocupa un lugar fundamental en la formación de motivos y comportamientos implicados en la salud, interviene en su protección, en el desencadenamiento y la recuperación de la enfermedad, en las decisiones sobre el uso de servicios profesionales y constituye la red de apoyo más potente y eficaz en el ajuste a la vida social y muy en especial ante los procesos de salud, enfermedad y muerte.

Condicionamiento sociopsicológico de la salud

La influencia de las condiciones de vida y trabajo en la salud de la población fue identificada por Hipócrates desde la antigüedad (460 a 370 a.C.) y por Galeno en el siglo II (San Martín, Carrasco, 1986). Frank, Guerin, Virchow, Grotjam (Dahm, Geissler, 1990) en diferentes momentos del desarrollo histórico, plantearon la relación entre las condiciones materiales de vida y la salud de la población. Investigadores sociales de reconocido prestigio mundial como Levi-Strauss,

Malinowsky, Comte y Durkheim mostraron evidencias de la influencia sociocultural en diferentes problemas de salud (Gaminde, 1997).

El pensamiento epidemiológico crítico predominante en salubristas latinoamericanos privilegió la visión de los determinantes sociales de los problemas de salud y enfermedad en colectividades y grupos.

Representantes del movimiento de la Medicina Social y la Epidemiología Crítica, basándose en la filosofía materialista dialéctica y en la concepción integral biosocial del hombre, resaltaron la influencia de los determinantes sociales en la salud de la población. Breilh planteó la necesidad de la comprensión dialéctica de la unidad del movimiento sociobiológico en la salud y la concatenación entre los procesos de orden general, sociedad y reproducción del modo de producción dominante, con los de la dimensión de lo particular, clases y grupos constitutivos con sus formas de reproducción social, y con la esfera de lo singular. Argumentó que la comprensión de la vida familiar e individual integra el conocimiento de las contradicciones de reproducción social de las clases, que es el fundamento para la investigación de los determinantes de salud (Breihl 1995).

El modelo ecológico para el análisis de los problemas de salud pública plantea cinco niveles de determinación del comportamiento: intrapersonales, interpersonales, institucionales, comunitarios y de políticas públicas. Entre los factores interpersonales enuncia los procesos de relación en los grupos primarios como la familia (OPS, 1996).

Pérez Lovelle, psicólogo cubano, planteó que el análisis de la determinación de la salud según niveles permite una mayor delimitación del papel de la psiquis y coloca a la familia en el nivel intermedio que refleja la influencia de la sociedad y concretiza la acción de las condiciones de vida sobre el individuo (Lovelle, 1989).

El análisis de la determinación de la salud por niveles de expresión permite la verdadera concepción integral y sistémica de la salud y la enfermedad como producto social: la sociedad, el tipo de formación socioeconómica, se erige como el determinante más general; luego el nivel particular con la acción de los grupos, en los cuales se inserta el grupo de mayor importancia en la vida del hombre que es la familia, y el nivel de lo singular con la participación del componente meramente individual, la personalidad como instancia reguladora del comportamiento humano.

La psicología desde el siglo XIX describió el papel de los procesos sociales en la psiquis y de esta, a su vez, en las enfermedades: primero en las enfermedades mentales, posteriormente en las llamadas psicósomáticas y en la actualidad en el proceso salud-enfermedad como un todo.

La psiquis actúa como instancia reguladora del comportamiento y constituye un eslabón del mecanismo interno de producción de las enfermedades. Estados emocionales, rasgos personales y la influencia psicológica de los grupos de pertenencia y referencia, en los que la familia ocupa un lugar relevante, intervienen en el mecanismo de producción, desajuste y mantenimiento de la enfermedad y en los comportamientos habituales insanos.

En la familia se transmite la herencia cultural y social, es el lugar donde cada generación deja plasmada su historia, su experiencia, sus valores, sus costumbres y principios de forma íntima, elementos relacionados con el proceso educativo básico de la producción de la salud.

La familia es uno de los agentes sociales mediadores del aprendizaje individual y grupal. En estudio sobre familia y valores se plantea que debido, precisamente, a la alta presencia que tiene esta en la formación de los sistemas subjetivos de valores en las primeras etapas de formación de la personalidad, se constituye en uno de los mediadores fundamentales de todas las influencias valorativas. Esto se debe a que la familia actúa como intermediaria en relación con los factores de naturaleza valorativa que trasladan su influjo hasta cada uno de sus miembros, desde la vida, la comunidad, las leyes, los medios masivos de comunicación, el discurso político, los preceptos morales y las tradiciones de generaciones precedentes (Fabelo, 2003).

La construcción de la subjetividad aparece asociada con las particularidades del recorrido vital de cada persona, en los diferentes ámbitos de inserción social en los que de manera inmediata transcurre su vida, como el familiar, el grupal, el comunitario, el institucional y

el social, y en cada uno de ellos se concretiza de forma particular la relación sociedad-individuo.

Esos ámbitos de inserción social lo constituyen los grupos. El individuo no se relaciona con la sociedad en un proceso abstracto y difuso, sino perteneciendo e integrando diferentes tipos de micro y macroagrupaciones. Los grupos son procesos más amplios que la mera reunión de individuos: son espacios de génesis y transformación, generan sus propias leyes de organización y determinan el funcionamiento grupal, tal como ocurre en la familia que es el primer grupo al cual pertenece el individuo y el de mayor relevancia en la sociedad.

El grupo es el lugar por donde se filtra lo ideológico, ya que es un producto y un espacio permeable a las representaciones de cada individuo, modelos e ideales, y a las determinaciones del contexto social en el que se encuentra insertado.

Por lo tanto, la salud es resultado del desarrollo socioeconómico y cultural de la sociedad, se condiciona a diferentes niveles de la estructura social y se concretiza en el ambiente natural y familiar, bajo condiciones específicas de los servicios de salud y mediante el componente individual de carácter psicobiológico.

Se define también como una condición y consecuencia de la acción social, que a su vez tiene una respuesta individual que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad, como es el caso de la familia como grupo intermediario entre el individuo y la sociedad.

La concepción acerca del condicionamiento socio-psicológico de la salud constituye un principio básico para su análisis integral, se profundiza al concebir los determinantes intermedios provenientes del grupo familiar, de su estructura y funcionamiento y de la materialización de las condiciones económicas y sociales en el hogar.

Función reguladora de la familia en la salud

Como se ha dicho, la familia ejerce una función mediadora de los procesos sociales en los individuos, función que posee dado su carácter de grupo especial y su funcionamiento peculiar. Es el elemento de la estructura social responsable de la reproducción y el desarrollo del ser humano. En ella se produce la transmisión de la experiencia histórico-social de la humanidad, matizada por las vivencias particulares de cada familia y del contexto inmediato de su existencia. Cumple funciones de gran importancia para el desarrollo biológico, psicológico y social, en especial

en la formación de la personalidad, en la educación de los valores ético-morales y espirituales de las nuevas generaciones.

La función de expresar amor, brindar afecto y protección es primordial en la vida familiar, así como la educación, la socialización y la formación moral. El afecto constituye el vehículo en el cual se ejercen las funciones familiares y uno de los canales comunicativos más importantes en las relaciones de esta naturaleza.

En todo lo relacionado con la conservación y protección de la salud, la familia cumple roles esenciales, de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas y el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos.

En el seno de la familia se forman los motivos, patrones y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, se gestan procesos que actúan como protectores de salud o desencadenantes de la enfermedad y se desarrollan recursos de apoyos altamente significativos y efectivos.

Las rutinas familiares y el rol de brindar atención influyen en las posteriores conductas de salud de los hijos, dado el valor de las interacciones placenteras familiares en los aprendizajes de salud.

Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud.

La aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia propicia la inclusión del equipo médico y del sistema hospitalario en el sistema familiar. La familia colabora en el período de la rehabilitación y en la adaptación a las secuelas que dejó la enfermedad de alguno de sus miembros, cubre la ayuda instrumental y emocional que necesita el enfermo, la adecuación del hogar, de la economía, la redistribución de roles y la colaboración en la reincorporación a la sociedad.

Una reciente revisión sobre la relación entre las funciones familiares y la rehabilitación del discapacitado, ya sea por accidente cerebral o deficiencia mental, reveló que el tipo de familia influye en la rápida recuperación.

En un estudio psicosocial, clínico y genético de personas con discapacidades, realizado a nivel nacional en Cuba, se plantea que la familia constituye un gran apoyo psicológico para quienes presentan alguna

discapacidad, ya que es en el seno familiar donde se satisfacen sus necesidades básicas, desarrollan sentimientos, aspiraciones e intereses que favorecen su inserción social. Los discapacitados sin amparo filial estaban limitados en su desarrollo integral, las personas con síndromes demenciales son cuidadas básicamente por un familiar cercano en el 88,1 % de los casos, por lo que se encontró elevada carga y estrés familiar.

El individuo necesita y anhela el apoyo familiar, y la ausencia de este le genera frustración y soledad. No siempre la familia es fuente de apoyo y amortiguadora de estrés, a menudo la vivencia de problemas familiares precipita reacciones o respuestas de estrés entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su aparición.

Las relaciones familiares disfuncionales interfieren en el cumplimiento de medidas terapéuticas y preventivas indicadas y provocan sobreutilización de los servicios de salud.

Psicología de las relaciones familiares

La psicología de las relaciones familiares se inscribe en la dinámica psicológica de los grupos pequeños, en este caso de un grupo especial que se diferencia cualitativamente de los otros en su estructura, perdurabilidad, funcionamiento y finalidad.

La comprensión de la psicología de la vida familiar descansa fundamentalmente en la dimensión relacional, en el carácter de las relaciones que se establecen entre sus integrantes, en el funcionamiento sistémico del grupo, en la comprensión de las regularidades de las etapas de la vida familiar, en la acción del estrés en la familia con sus consiguientes componentes de valoraciones significativas, afrontamientos y recursos externos e internos.

El comportamiento grupal familiar es dinámico en sí mismo, en tanto supone movimiento constante regido por motivos individuales y del grupo. La relación mutua entre los miembros de la familia modela una dinámica particular interactiva y circular, sus miembros sufren necesariamente cambios que desestabilizan al grupo, algunos provenientes del propio desarrollo evolutivo y otros provenientes del medio social. El carácter de sistema que tiene la familia no debe analizarse al margen de la dialéctica de su desarrollo, de la historia generacional y del contexto social.

Además, parte de la teoría del desarrollo evolutivo de la familia ofrece la comprensión de las diferentes etapas por las que atraviesan la mayoría de las familias,

las tareas que cada etapa demanda de la familia y los conflictos que ocurren con más frecuencia. Importantes autores han descrito las regularidades de las etapas por las que atraviesa una familia, denominadas ciclo vital familiar (Jay Haley, 1973, Duvall 1977, Carter y Mc Goldrick 1988, Pittmann, 1990) y han propuesto diferentes taxonomías que comparten semejante plataforma conceptual, basada en la teoría del ciclo vital y el estrés familiar.

La teoría del estrés familiar formulada en 1949 por Hill y desarrollada por Mc Cubbin, Patterson y Wilson hace referencia a cuatro factores: el agente estresor, las percepciones, los efectos de la acción del estrés en la familia y los recursos familiares para enfrentarlos, entre los que se encuentra la acción para reducir la intensidad de las situaciones demandantes. El estrés en la familia puede analizarse en cuanto a su acción en la vida del grupo familiar, tanto en la manera en que el estrés de los integrantes afecta a la familia como a la acción estresante de la vida familiar en sí misma.

De esta teoría se derivan los conceptos de crisis, vulnerabilidad a las crisis y el poder de recuperación, ambas en relación con la cohesión familiar, la flexibilidad, el apoyo social, los valores compartidos, el estilo de afrontamiento, la acumulación de tensiones y estresores como atributos clave para resistir las tensiones.

Se entiende por vulnerabilidad a aquellas características propias de un sujeto o grupo de sujetos, que hacen que ellos mismos tengan una probabilidad mayor de padecer un daño. La vulnerabilidad familiar se refiere al conjunto de condiciones y características de la familia que incrementan la posibilidad de afectación de la salud.

La vulnerabilidad dependerá de la interacción entre el tipo de relaciones entre los miembros, el estilo de afrontamiento a los problemas, las fuentes de apoyo, las creencias, acumulación de tensiones y recursos de las familias para resistir las tensiones.

Otro concepto interesante se describe al considerar la resonancia del estrés individual en la familia, ya que en ella se produce la llamada “cadena de estrés interpersonal”, dado su funcionamiento sistémico.

Como indicadores de adaptabilidad se presentan el grado de satisfacción de un miembro de la familia con la vida familiar y la presencia o ausencia de problemas de salud y comportamiento.

La vivencia en la familia de acontecimientos potencialmente estresantes la coloca en situación de vulnerabilidad a padecer alteraciones de su ritmo habitual de funcionamiento grupal interno y del social.

En forma inversa, la familia posee determinadas características o condiciones que constituyen su fortaleza y que ejercen función protectora de su salud y la de sus integrantes. Se describen como recursos familiares protectores, el afecto, el apoyo emocional y la existencia de un orden familiar de límites claros y razonables.

Para Martínez Gómez los factores protectores son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Clasifica estos en factores externos, donde cita a la familia extensa, apoyo de un adulto significativo e integración social y laboral, y como internos, la autoestima, la confianza en sí mismo y la facilidad de comunicación.

A estas características de la familia que la hacen fuerte y le permiten afrontar la adversidad de forma constructiva, se le denomina resiliencia familiar. El término resiliencia proviene de la física y se refiere a la capacidad de los metales de resistir un impacto y recuperar su estructura. Traducido de la expresión en inglés, *resilience*, significa entereza, fortaleza, resistencia para salir airoso de las pruebas que nos golpean.

En psicología de la familia, el término fue acuñado por Fromma Walsh en 1998 como la capacidad de un ser humano de salir herido, pero fortalecido, de una experiencia aniquiladora, enfoque que promulga la colaboración de la adversidad en el crecimiento del individuo y la familia.

La familia como grupo tiene fuerza interna propia que la hace capaz de asimilar las transformaciones del medio social que le son a la vez fuente de su desarrollo. Es un grupo teóricamente apto para gestar el desarrollo saludable de las personas.

Concepto de salud del grupo familiar

Para los intereses de la atención primaria de salud, la familia es la unidad residencial de convivencia permanente, grupo sujeto de atención médica, psicológica y social. Se define en su concepción microsociales como grupo de personas que comparten indistintamente vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco o afecto.

Existen diferentes acepciones del término salud de la familia: una política pública, un movimiento de desarrollo de los servicios de salud, un buen funcionamiento familiar o un campo que agrupa por lo que la planificación familiar, salud de la niñez, la adolescencia, la mujer y del envejecimiento, por lo que divide al grupo familiar (véase, capítulo 19 “Salud familiar”).

Dimensiones configurativas del campo de salud del grupo familiar

El campo de salud del grupo familiar se ha estructurado para fines didácticos en seis dimensiones configurativas: contexto socioeconómico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de vida familiar, relaciones intrafamiliares, afrontamiento familiar y apoyo social (Fig. 60.1). Estas dimensiones configurativas agrupan los factores sociales y psicológicos moduladores de la salud familiar.

Para facilitar la instrumentación metodológica del modelo del campo de salud del grupo familiar se definieron categorías según las mencionadas dimensiones (Tabla 60.1).

De ningún modo las dimensiones de la realidad coincidentes en la salud familiar responden a una concepción atomista, fragmentada ni simplista de tan complejo fenómeno; al contrario, la tesis apunta hacia un campo de integración en la familia de lo biológico, lo social y lo psicológico en lo grupal significativo.

Contexto socioeconómico y cultural de vida familiar

Teniendo en cuenta la importancia del contexto social, económico y cultural de la vida familiar como sustrato esencial de la salud y tomando como referencia las consideraciones de Espina, Castellanos, Donate, Guitérrez Muñiz y Arias, así como los resultados de las investigaciones del Grupo Familia del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociales de la Academia de Ciencias de Cuba y la opinión de los expertos

consultados, se propone bajo esta dimensión incluir las categorías relacionadas con la inserción sociolaboral de la familia, la situación económica y las condiciones materiales de vida del hogar, junto a las expresiones del mundo cultural que vive la familia como la religión y los valores ético-morales.

Composición del hogar

Esta dimensión se refiere a las características de la estructura visible del núcleo familiar como el número de convivientes, las relaciones de parentesco entre ellos y en relación con un jefe de familia, la edad y el sexo.

Para la atención primaria de salud se precisa esclarecer la diferencia entre los conceptos familia y hogar. El hogar es la unidad residencial que reúne al grupo familiar de convivencia habitual, aunque no compartan vínculos consanguíneos ni de parentesco, y a la vez excluye aquellos familiares que no participan de la convivencia y las relaciones cotidianas. Constituye el hábitat del hombre, el lugar donde satisface necesidades materiales y espirituales, significa el espacio vital de la familia, donde se producen los procesos vitales del ser humano.

Procesos críticos de la vida familiar

Se denomina procesos críticos a la situación que genera en la familia la vivencia de acontecimientos de diferente naturaleza que potencialmente afectan la salud en un determinado periodo. Suponen valoraciones y repercusiones en las relaciones familiares, en los sentimientos, así como producen elevadas exigencias y cambios en su funcionamiento interno.

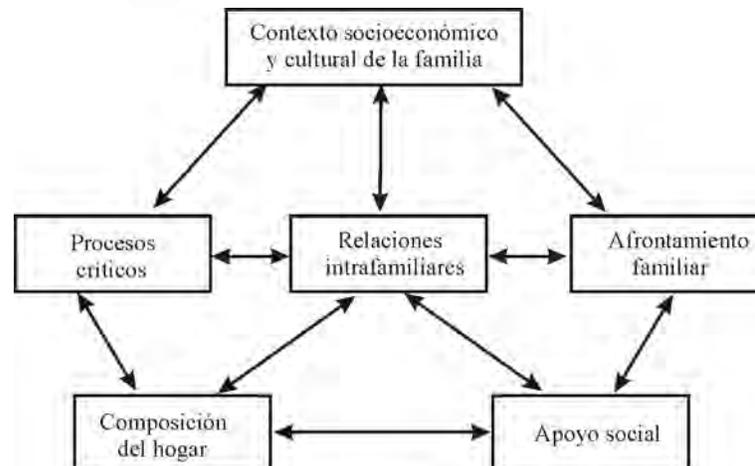


Fig. 60.1. Dimensiones configurativas de salud familiar.

Tabla 60.1. Definición de categorías según las dimensiones

Categoría	Definición operacional
Contexto socioeconómico y cultural	
Inserción socioclasista	Modo en que la familia se inserta a la estructura social mediante el tipo de actividad laboral que desempeñan los jefes de familia. Se refiere a si la familia es obrera, intelectual o campesina
Dedicación ocupacional	Tipo de actividad ocupacional mediante la cual los adultos del hogar obtienen los ingresos. Incluye si no existe ningún tipo de vínculo laboral, si el tipo de trabajo comporta riesgo para la salud y si produce satisfacción
Instrucción y cultura	Nivel de escolaridad del adulto o de los adultos jefes del hogar o de figuras de autoridad. También se expresa en el modo en que la familia se apropia de los valores culturales de la sociedad y lo manifiesta en su comportamiento habitual en la comunidad
Ingresos económicos del hogar	Ingreso per cápita familiar. Monto de dinero que se calcula a partir de la suma de los ingresos entre el total de familiares que dependen de él. Incluye ingreso estable por pensiones u otras ayudas económicas (no solo salario)
Estado físico de la vivienda	Característica física de la vivienda o parte de ella que constituye el hogar. Incluye el estado constructivo del techo, paredes y piso
Servicios básicos	Conjunto de servicios de que dispone el hogar para la satisfacción de necesidades básicas: electricidad, agua e instalaciones sanitarias dentro del hogar
Entorno comunitario	Ambiente físico de la comunidad donde está enclavada la vivienda de la familia. Incluye la observación de accidentes geográficos y posibles focos de contaminación ambiental
Equipamiento doméstico	Tenencia en el hogar de equipos electrodomésticos para la satisfacción de necesidades básicas de vida cotidiana. Se considera como un módulo básico la tenencia de refrigerador, televisor y radio
Densidad habitacional	La familia cuenta con un dormitorio para cada 2 personas como mínimo. Se considera hacinamiento cuando existen 3 personas por locales para dormir con privacidad
Valores éticomorales	Conjunto de principios éticomorales que manifiesta la familia cada día en la comunidad. Se expresa en el modo que la familia se comunica con los vecinos y con el equipo básico de salud, así como el comportamiento habitual en consonancia con las normas socialmente establecidas
Composición del hogar	
Tamaño de la familia	Número de convivientes en el hogar
Convivientes del hogar	Relación de parentesco entre convivientes. Generaciones de convivientes
Procesos críticos	
Vivencia de acontecimientos en la familia relacionados con el tránsito por el ciclo vital	Momentos transicionales normativos del desarrollo familiar, llamados crisis transitorias (matrimonio, nacimiento, entrada en la escuela, salida de hijo del hogar y muerte de uno de los miembros de la pareja)
Vivencia de acontecimientos accidentales	Se evaluarán los procesos que vive la familia relacionados con las crisis no transitorias, situacionales, no relacionados con el ciclo vital accidentales, de carácter negativo para la familia
Relaciones intrafamiliares: procesos relacionales	
Cohesión	Unión emocional en la toma de las decisiones
Armonía	Equilibrio emocional positivo entre intereses individuales y familiares
Comunicación	Capacidad para la transmisión de conocimientos y experiencias en forma positiva

Tabla 60.1. Definición de categorías según las dimensiones (Continuación)

Categoría	Definición operacional
Adaptabilidad	Habilidad para cambiar la estructura de poder, los roles y las reglas ante las situaciones que así lo requieran
Afectividad	Capacidad de expresar sentimientos y emociones en la familia
Roles	Cumplimiento de responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar
Permeabilidad	Capacidad de la familia de integrarse y abrirse a otros grupos de la sociedad
Otros indicadores de disfuncionalidad	Manifestaciones de violencia intrafamiliar, abandono, desatención y negligencia en la vida cotidiana
Afrontamiento familiar	
Afrontamiento familiar de salud	Se refiere al comportamiento grupal relativamente estable que exhibe una familia en relación con los eventos de salud-enfermedad-muerte. Se incluye aquí si la familia tiende a un comportamiento adherente con las indicaciones médicas, a cumplir normas de higiene en el hogar y a buscar ayuda especializada en caso necesario Si la familia opta por la automedicación, las prácticas espirituales o religiosas en sustitución del tratamiento médico, su afrontamiento no es adecuado a la salud
Apoyo social	
Apoyo material	Conjunto de recursos externos con los que cuenta la familia en la vida cotidiana y ante la vivencia de un acontecimiento que desborda sus recursos internos Contempla apoyo material, financiero e instrumental, por ejemplo ayuda en gestiones, búsqueda de información o en la realización de actividades cotidianas. Puede provenir de la familia extensa, amigos u organizaciones
Apoyo de servicios	Se contempla en este tipo de apoyo si la familia puede acceder a servicios básicos de salud, educación y comunitarios, o si carece de un tipo de servicio que en su lugar de residencia no existe todavía. En Cuba se considerará si la familia aún no accede a determinado servicio de salud especializado
Apoyo espiritual	Conjunto de atenciones afectivas, emocionales, e informativas con las que puede contar la familia habitualmente y ante determinada necesidad. Puede provenir de la familia extensa, amigos u organizaciones

Cualquier familia puede enfrentar a la vez procesos críticos que se derivan del tránsito por las etapas del ciclo vital, los que se relacionan con la amplia gama de influencias provenientes de la vida social, los problemas de crecimiento, desarrollo y condición de salud de sus integrantes, así como los relacionados con la carencia de servicios de atención médica y social, cuestión que no resulta relevante en Cuba.

Si bien es cierto que estos procesos tienen naturaleza y magnitud variable de acuerdo con el significado y la repercusión que tienen para la vida familiar, originan nuevos retos y ponen a la familia en situación de crisis.

Relaciones intrafamiliares

La familia desarrolla ciertas pautas o maneras de relacionarse entre sí. Este conjunto de relaciones interpersonales e intrafamiliares, también llamado funcionamiento intrafamiliar, va a estar en la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual

de cada uno de sus miembros. Va a constituir el clima propicio para el equilibrio psíquico, la expresión amorosa, la confianza y la estabilidad, así como un referente de conductas morales y relaciones a imitar por parte de los hijos, quienes con el tiempo las van asumiendo como principios relacionales.

Afrontamiento familiar

Se llama recursos de afrontamiento a la capacidad que tiene la familia de movilizarse y tomar decisiones que actúen sobre los problemas. Intervienen en estos recursos, las experiencias previas en el afrontamiento a otras crisis, el funcionamiento de la familia y la situación económica.

Existen ciertos comportamientos implicados en salud que acuñan un afrontamiento familiar predominante, ya sea en un sentido constructivo o destructivo; este último en el caso de familias que recurren a comportamientos de negación y rechazo, así como rehúsan

orientaciones profesionales, algunas que descuidan las medidas higiénico-sanitarias del hogar y su entorno, el cuidado de integrantes enfermos o inválidos, otras en las que no se hace una adecuada reestructuración de la situación problemática y se evade la solución de problemas.

El afrontamiento familiar se manifiesta en la forma general y regular en la que la familia se comporta y elabora emocionalmente las situaciones amenazantes. Se describen estilos de afrontamiento típicos de las familias con alcohólicos como son la obsesión de control y el desprendimiento emocional.

El afrontamiento familiar puede ser constructivo cuando se asumen actitudes de cambio y comportamientos favorables a la salud, tales como ajuste de roles, flexibilización de las normas establecidas y solicitud de apoyo comunitario o profesional. También se expresa en el modo que la familia cumple las tareas relativas al tránsito por las etapas del ciclo vital y tiene un buen ajuste a las exigencias de desarrollo evolutivo. El estilo de afrontamiento constructivo puede acompañarse de una carga emocional que eleva las tensiones, pero no compromete la solución de problemas y de un sentido práctico de encauzar las acciones, más orientado a la búsqueda de apoyo social.

La familia con un buen afrontamiento busca ayuda en otros parientes, amistades, maestros y en otros profesionales cuando considera que su situación problemática desborda sus propios recursos. Sin embargo, hay familias que desarrollan mecanismos de barreras frente a la ayuda profesional, se niegan a seguir orientaciones especializadas, desestiman la ayuda externa y evaden enfrentar cambios.

Existen familias que aplazan o no cumplen las indicaciones profesionales para mejorar el estado de salud de alguno de los integrantes, niegan el diagnóstico y hasta rehúsan enfrentar las acciones propias de determinado tratamiento. Tal comportamiento potencializa su acción destructiva cuando se trata de menores, ancianos o discapacitados que dependen totalmente de las decisiones que sus familiares tomen por ellos. Es el caso, por ejemplo, de personas que se quedan sin el tratamiento de un problema ortopédico, sin la rehabilitación ante una secuela, sin la atención a un problema del desarrollo psicológico, o a un déficit cognitivo, etc., por abandono o falta de constancia en la familia. También se considera un afrontamiento familiar destructivo a la salud cuando la familia opta por prácticas no científicas en sustitución de la atención médica.

El afrontamiento familiar constructivo permite que un miembro de la familia que tenga determinadas

restricciones alimentarias y del ambiente, como es el caso de los diabéticos, hipertensos, cardiopatas o asmáticos, puedan cumplir mejor su tratamiento.

Apoyo social

Constituye el conjunto de recursos de diversa naturaleza con los que pueden contar las familias en la vida cotidiana y, especialmente, ante determinadas situaciones que exceden sus recursos y potencialidades. Se distingue entre el tipo de apoyo instrumental, material o tangible y el psicológico que incluye las relaciones de confianza, de aceptación y comprensión, ambos muy necesarios para afrontar las exigencias de la vida.

Se conciben como recursos de apoyo social, las políticas y programas sociales y de salud que ayudan a la familia, la existencia de instituciones proveedoras de los servicios públicos, los de atención médica y social, las organizaciones comunitarias, políticas, religiosas, los grupos de autoayuda, la familia extensa, los compañeros de trabajo y los amigos.

El apoyo social también se ha definido como el proceso de percepción y recepción por el cual los recursos en la estructura social—instituciones, organizaciones, comunidad, redes sociales y relaciones íntimas—permiten satisfacer necesidades instrumentales y expresivas de las personas y grupos en situaciones cotidianas y de crisis.

Es una categoría útil para evaluar las interacciones sociales en situaciones de exclusión, marginalidad y precarización social, así como para la planificación de servicios sociales y el cambio social.

Se define en un sentido amplio como ayuda en el afrontamiento de los problemas, es decir, como provisión cognitiva o apoyo instrumental por medio de la familia, parientes, amigos o colegas, así como ayuda para la satisfacción de necesidades de socialización y actividades con otras personas.

Se reporta la necesaria distinción entre el elemento estructural del apoyo de familiares, amigos e instituciones disponibles y aptas para ofrecer apoyo, y el elemento funcional relativo a la calidad de las relaciones.

El apoyo social en la familia puede ser analizado en dos sentidos: en tanto la familia se constituye en red de apoyo para sus integrantes y en el sentido del apoyo que recibe la familia de otros sistemas y su acción efectiva.

Los recursos de apoyo de los que dispone la familia son parte del contexto social de su desenvolvimiento cotidiano, como aquel escenario material y humano que potencializa los recursos del hogar.

El apoyo social desempeña un importante papel, tanto en la promoción de la salud y la prevención de las

enfermedades, como en la mejoría, restablecimiento y optimización de la salud, una vez que ya el individuo enfermó.

La familia es la fuente de apoyo más importante que posee el individuo a través de toda su vida y, por tanto, se reconoce que esta instancia ejerce función amortiguadora ante las tensiones que genera la vida cotidiana.

La dimensión apoyo social contempla los servicios de salud y la asistencia social que condiciona la salud de la familia toda vez que la existencia, organización y funcionamiento de estos servicios, así como las intervenciones en salud, deben influir en la calidad de la vida y el bienestar familiar, en la mejoría del ambiente comunitario, en la disminución de la morbilidad y mortalidad y los problemas de salud, en la rehabilitación de los discapacitados y en la manera mejor de enfrentar el dolor y la muerte.

Relación entre las dimensiones configurativas de la salud familiar

En sentido general, la relación entre las dimensiones configurativas de la salud familiar se concibe en una red de relaciones intersubjetivas, de interacción sistémica, multidireccional y compleja.

Puede analizarse la interrelación entre los niveles en el sentido de cómo la familia forma y hereda un sustrato básico económico, social, cultural y educacional que le es imprescindible para su desarrollo, se expone sistemáticamente a nuevas exigencias, retos y demandas que comportan los procesos críticos de la vida, como utiliza las redes de apoyo social existentes, cómo crea un sistema de relaciones internas, asume los cambios de su estructura y funcionamiento y afronta de forma habitual tales exigencias.

Resultados de investigaciones han contribuido a identificar la relevancia del contexto socioeconómico y cultural.

En estudios de casos de familia en situación de pobreza realizado en la ciudad de La Habana en 1999 (Zabala, 2007) se encontró que junto a la precariedad socioeconómica del modo de vida que constituye un factor determinante, aparece la precariedad psicológica de la familia y sus miembros: insuficiente autonomía y autodeterminación frente a las circunstancias externas, bajo nivel de proyectos, planes, intenciones y aspiraciones que dirijan el comportamiento hacia el logro de metas establecidas y énfasis en la sobrevivencia cotidiana, a lo que se agrega emparejamiento temprano, maternidad precoz, elevada fecundidad entre las mujeres, vulnerabilidad femenina e inestabilidad familiar.

En evaluación de la situación de salud de la familia como parte del Proyecto Yaguajay, en la provincia Sancti Spíritus, se encuestaron 1 024 familias, representativas del universo de núcleos del municipio. Se detectó que existían malas condiciones de vida, ya que el 63,6 % de los jefes de núcleos no refirieron satisfacer sus necesidades básicas con sus ingresos, el 70 % de las viviendas fueron clasificadas entre malas y regulares, y la mayoría de las familias no tenían efectos electrodomésticos básicos. Sin embargo, el 85 % de ellas no tuvieron afectaciones en las relaciones intrafamiliares y hubo asociación significativa entre esta dimensión y la percepción de salud familiar que tuvieron los encuestados.

En 1997 en estudio de caso-control con el objetivo de identificar riesgo familiar en la conducta suicida, tomando familias en las cuales algún miembro hubiera intentado contra su vida en el año 1996 en el municipio Playa se concluyó lo siguiente: el grupo de los casos quedó conformado por 41 personas que habían intentado suicidarse y el grupo de los controles se conformó por 41 individuos pareados por sexo y edad que nunca presentaron tentativa de suicidio y que residían en la misma manzana del comisor. Como resultado de esta investigación se obtuvo que los problemas en las relaciones intrafamiliares a expensas de la armonía y la comunicación, los procesos críticos divorcio y alcoholismo constituyeron riesgo de suicidio, no así las características de composición del hogar. Las personas que viven en familias disfuncionales presentan un riesgo 7 veces superior que los otros y los que conviven en familias severamente disfuncionales tienen un riesgo unas 8 veces más alto. Por lo tanto, el riesgo de intento suicida se incrementa en tanto es mayor la disfuncionalidad de la familia. El tipo de familia que más alta probabilidad tiene de presentar un miembro con intento suicida es aquella que se caracteriza por tener más alto grado de disfunción relacional familiar, a expensas de la pobre armonía y comunicación, así como la vivencia de crisis de desmoralización y desorganización.

En el área de un consultorio médico del municipio Regla, en 1997, se realizó un estudio de la situación de salud en familias con enfermos crónicos y aparentemente sanos. Se demostró que más de la mitad de los enfermos crónicos vivían en familias con problemas en las relaciones intrafamiliares, lo que obstaculizaba el control de la enfermedad. En relación con la composición estructural, los enfermos crónicos vivían en familias extensas, de convivencia bigeneracional, elemento que fue identificado como fortaleza para su atención.

En 1999, se realizó un estudio de la violencia intrafamiliar en el municipio Playa. Se escogió a la mujer como informante de la violencia en su familia, ya que se reporta en la bibliografía que pertenece a uno de los grupos más expuestos a este problema de salud y por estar más vinculada con la cotidianidad de la vida familiar, dado el condicionamiento de género. Para la selección de la muestra se aplicó el muestreo por conglomerado bietápico. Se tomaron cinco consultorios del médico de familia y 50 mujeres atendidas en cada uno de ellos. La selección de los consultorios se realizó con probabilidad proporcional al tamaño y la de las mujeres por muestreo sistemático con intervalo fraccional. Un total de 243 mujeres completaron los instrumentos de evaluación familiar. Se identificaron manifestaciones de violencia intrafamiliar en el 64,1 % de las familias, además de graves problemas de relaciones intrafamiliares, convivencia con un familiar alcohólico, divorcio y salida del país de algún integrante, mas no presentaron problemas en las condiciones de vida.

Las investigaciones mostraron la relevancia de las relaciones intrafamiliares en la salud de la familia al asociarse significativamente las relaciones funcionales con criterios de percepción de salud familiar, y en su expresión negativa con diversos problemas de salud, en particular con el intento de suicidio, la violencia intrafamiliar, la conducta antisocial, el descontrol de la enfermedad crónica y con alteraciones del desarrollo biosicosocial en la infancia.

A criterio de la autora las relaciones intrafamiliares actúan como prisma que refracta o modula la vivencia de procesos críticos, la precariedad material, la convivencia compleja, el afrontamiento familiar y la búsqueda de apoyo social. Ante las malas condiciones de vida y las características estructurales de riesgo, si las relaciones intrafamiliares son funcionales, no parece agudizarse la situación de salud de los integrantes de la familia.

En sentido general, el funcionamiento intrafamiliar se distribuye en concordancia con lo que se observa empíricamente en la población, o sea no son mayoría las familias con diferentes niveles de disfuncionalidad y siempre la calidad de las relaciones intrafamiliares distingue diferentes grupos en función de determinada característica, ya sea presentar alguna condición de salud o constituir un grupo de riesgo.

Los procesos relacionales incluidos en el funcionamiento intrafamiliar que se destacan en los grupos estudiados son la comunicación y la armonía.

Los procesos críticos que se viven en la familia por alcoholismo, divorcio y salida del país son los que más

frecuentemente se asocian con varios de los problemas de salud estudiados.

En la provincia Las Tunas se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con 51 jóvenes con conducta delictiva, varones entre 16 y 24 años de edad y se aplicó la concepción de salud familiar. Los jóvenes fueron seleccionados del universo de procesados de igual edad y sexo por la comisión de peritaje legal psiquiátrico durante el periodo comprendido entre julio del año 2002 y mayo del año 2003, atendiendo a que cumplieran los requisitos de haber vivido en familia en el último año anterior al delito, no presentar enfermedad psiquiátrica que afectara su juicio crítico y que aceptara participar en la investigación.

Se asumió que los jóvenes comisores de delito habían crecido en hogares con serios problemas económicos, conflictos familiares, sobrecarga de tensiones familiares y con malas influencias educativas provenientes de familiares cercanos. Se esperaba que la situación de salud familiar en estos jóvenes estuviera gravemente afectada según las dimensiones configurativas.

El supuesto teórico tiene como fundamento que las influencias negativas del medio familiar, la privación material y afectiva del hogar, la desestructuración y el mal funcionamiento familiar, generan desviación de la conducta en los hijos y alteraciones en el desarrollo normal de la infancia.

Entre los resultados de este estudio, se mostró que la mayoría de las familias tenían algún nivel de disfunción en las relaciones intrafamiliares y más de la mitad de ellas eran netamente disfuncionales, a expensas, sobre todo, de los problemas en la armonía, la comunicación y los roles. Los jóvenes presentaron criticidad extrema en cuanto a características familiares de riesgo de todas las dimensiones configurativas, lo que significa presencia de acumulación de carga y tensiones familiares de elevada repercusión a la salud familiar, por lo tanto, este resultado fue consonante con el supuesto teórico.

Las características de riesgo más frecuentes corresponden a la dimensión contexto socioeconómico y cultural, al presentar bajos ingresos, bajo nivel escolar de los padres, condiciones de hacinamiento, carencia de efectos electrodomésticos para la satisfacción de necesidades y de servicios básicos dentro del hogar, ausencia de padres en la casa, vivencia de crisis por alcoholismo y conducta antisocial de algún familiar.

Orte Socías, en estudios sobre conducta desviada en España en 1999, encontró que la mayoría de los jóvenes procedían de familias desajustadas, la relación padre-hijo fue de tipo agresiva, existía alcoholismo y las prácticas disciplinarias eran inconsistentes.

En estudio de corte biosicosocial de niños en edad escolar en la provincia Sancti Spiritus en el año 2003 se aplicó la concepción de salud familiar. Se partió del supuesto que los niños de edad escolar que presentan problemas del desarrollo biosicosocial, crecen en hogares con graves afectaciones de la salud familiar y que familias con desventajas sociales provocan vulnerabilidad biológica, genética y alteraciones del desarrollo psicológico en los hijos.

Mediante un muestreo simple aleatorio fueron seleccionados los hijos primogénitos en edad escolar relacionados en las historias de salud familiar. En el estudio familiar se obtuvo como dato destacado el hecho que el porcentaje más elevado (91,6 %) de niños con valoración nutricional normal estuvo en las familias ajustadas, y los niños de hogares con afectaciones de salud familiar tuvieron más episodios de infecciones diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, hepatitis, parasitismo intestinal, pediculosis y amigdalitis en un año, que los que viven en situación de ajuste familiar.

En las familias con máxima afectación de las dimensiones configurativas de la salud familiar se agruparon los niños con problemas de control de esfínteres, rendimiento docente, motivación escolar, independencia, adaptabilidad grupal, tolerancia al fracaso, autocontrol emocional y normas de comportamiento. Se halló asociación significativa entre las afectaciones de la salud familiar y las variables del desarrollo psicossocial infantil.

El crecimiento y desarrollo infantil son excelentes indicadores de las condiciones de vida, en tanto son una resultante de la interacción de factores genéticos y ambientales. Se plantea que a mayor nivel socio-económico, hay un mejor acceso a la alimentación adecuada, a un mejor cuidado a la salud y a la protección materno infantil entre otros factores.

Inventario de problemas de salud del grupo familiar

Este es un instrumento para la identificación de la criticidad familiar o carga de procesos críticos que vive la familia.

La evaluación de la salud de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el nivel primario, y constituye un proceso importante para el diagnóstico y la planificación de las intervenciones promocionales y preventivas en favor de la salud, pero se torna compleja e inoperante dada la amplia gama de factores que afectan la salud familiar y la carencia de técnicas validadas en Cuba.

Se presenta, pues, un instrumento que permite identificar la criticidad familiar en concordancia con la concepción teórica de salud del grupo familiar establecida, de modo que contribuya a la planificación de intervenciones correspondientes.

Las dimensiones del campo de salud familiar aparecen desglosadas en categorías y, estas a su vez, en 50 características que potencialmente afectan la salud del grupo familiar. La acción combinada de tales características eleva las exigencias a la familia y la pone en condición de sobre esfuerzo para afrontar la vida cotidiana. El inventario, por tanto, se resume en niveles de criticidad familiar que indican el peso o la carga de problemas de la familia, según su naturaleza.

En este instrumento, la operacionalización de las dimensiones está diseñada desde la realidad de la familia cubana.

La calificación del inventario se realiza marcando el número de la característica en una plantilla que las muestra ordenadas según las dimensiones y el grado en que afectan la salud familiar, tipos I, II, III. La puntuación se obtiene por el número y tipo de característica que presenta la familia y el resultado final provee información sobre los niveles de criticidad familiar. En la tabla 60.2 aparece el inventario de problemas de salud familiar; en la tabla 60.3, se puede observar la plantilla de calificación del inventario y la distribución de ítem según peso y dimensión. En la tabla 60.4 se ve la ubicación de la familia en la escala según el peso de las características.

Consideraciones finales

La concepción teórica de salud del grupo familiar se fundamenta en la génesis sociohistórica y cultural del comportamiento humano, en la concepción social de la salud y en las regularidades psicológicas de la vida familiar, fundamentos que se integran en una cosmovisión holística y dialéctica.

El carácter de grupo especial de intermediación social que tiene la familia constituye el principio que fundamenta su acción reguladora en la salud, al incidir directamente en la dinámica de la población, cumplir funciones clave en el desarrollo biosicosocial del ser humano, en la formación de comportamientos saludables e influir en el desencadenamiento y recuperación de la enfermedad y sus secuelas.

La salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales que se definen a escala microsociedad en el contexto del hogar y que se expresan en el modo

particular en que la familia provee experiencias potenciadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biosicosocial de sus integrantes y de la vida familiar y social.

El campo de salud del grupo familiar se representa por una estructura multidimensional compuesta por seis dimensiones configurativas de factores moduladores de salud y son: contexto socioeconómico y cultural de vida familiar, composición del hogar, vivencia de procesos críticos normativos, paranormativos y de salud en la familia, afrontamiento familiar, relaciones intrafamiliares y apoyo social, que incluye los servicios de salud.

La relación entre las dimensiones configurativas de salud del grupo familiar se concibe en una dinámica de interacción sistémica, multidireccional y compleja, y entre ellas ocupan un lugar relevante las condiciones del contexto socioeconómico y cultural de vida familiar, las relaciones intrafamiliares y el apoyo social.

Es evidente la pertinencia de las dimensiones y categorías del campo de salud del grupo familiar y su utilidad como base orientadora para el análisis de la situación de salud, en la investigación con enfoque familiar y en la planificación de intervenciones en la atención primaria de salud.

Tabla 60.2. Inventario de problemas de salud familiar

Marque con una X si han existido estas características en la familia en el último año

Contexto socioeconómico y cultural de la vida familiar

1. Economía familiar crítica
2. Predomina el bajo nivel educacional en los adultos jefes de familia
3. Ambiente comunitario insalubre
4. Existe un miembro en la familia apto para trabajar y no trabaja
5. Condiciones inseguras de la vivienda (estado técnico)
6. Hacinamiento
7. Déficit de alguno de estos servicios en el hogar: agua, sanitarios y electricidad
8. Ausencia de alguno de estos equipos básicos (refrigerador, televisor)

Composición del hogar

9. Convivencia de tres generaciones o más
10. Un solo progenitor al cuidado de hijos(s) menor(es)
11. Convivencia de exparejas en el hogar
12. Menores al cuidado de abuelos o tutores (no hay padres en el hogar)
13. Hogar de reconstitución múltiple (cambio de más de dos parejas)

Procesos críticos normativos

14. Nuevo matrimonio en el hogar
15. Niño menor de 1 año en el hogar
16. Embarazada en el hogar
17. Adolescente en el hogar
18. Senescente en el hogar
19. Salida de hijo(a) del hogar (nido vacío)

Procesos críticos de salud

20. Algún integrante con descompensación de su enfermedad crónica
21. Problemas nutricionales o malas prácticas alimentarias en la familia
22. Embarazo o madre adolescente
23. Algún integrante de la familia es bebedor de riesgo o adicto a bebidas alcohólicas
24. Algún integrante de la familia es adicto a sustancia ilícita
25. Algún integrante de la familia con VIH-sida
26. Algún integrante de la familia con cáncer
27. Algún integrante de la familia es discapacitado físico o mental
28. Algún integrante de la familia está en fase terminal
29. Algún integrante de la familia con conducta suicida
30. Problemas genéticos
31. Problemas de infertilidad o concepción

Relaciones intrafamiliares

32. Manifestaciones de abuso, negligencia, maltrato o abandono

Procesos críticos paranormativos

33. Algún integrante presenta conducta antisocial
34. Pareja en proceso de separación o divorcio
35. Familia en duelo por muerte de un integrante
36. Pérdida material por accidente, catástrofe o una propiedad
37. Algún integrante presenta conflicto laboral
38. Algún miembro joven se encuentra desvinculado del estudio
39. Incorporación o reincorporación al núcleo de uno o más integrantes
40. Separación eventual (misión u otro motivo)
41. Algún integrante preso

Afrontamiento familiar

42. Rehusan o dilatan la atención de salud
43. Tendencia a no cumplir o subvalorar las indicaciones terapéuticas
44. Utilizan medios de curación espirituales en sustitución de los médicos
45. Existen creencias o prácticas religiosas perjudiciales a la salud
46. Mala higiene en el hogar

Apoyo social

47. La familia no cuenta con apoyo de otros familiares fuera del núcleo
48. Carencia de algún servicio básico de salud necesitado
49. Cuenta con pocos recursos de apoyo comunitario (vecinos, organizaciones e instituciones)
50. La familia manifiesta signos de aislamiento social

Tabla 60.3. Plantilla de calificación del inventario y la distribución de ítem según peso y dimensión

Dimensiones	Distribución de ítems del inventario según peso y dimensión				
	Número del ítem según dimensión y valoración del peso en la salud familiar				
	0	I	II	III	Total de características
1. Condición socio-económica y material (de 1 a 8)			2, 3, 4,6, 8	1, 5, 7	
2. Composición del hogar (de 9 a 13)		9	12, 13	10, 11	
3.1 Procesos críticos normativos (de 14 a 19)		14, 16, 17, 19		15, 18	
3.2 Procesos críticos de salud (de 20 a 31)		21	20, 22, 31	23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32	
3.3 Procesos críticos paranormativos (de 32 a 41)		40	37, 38, 39	33, 34, 35, 36, 41	
4. Afrontamiento familiar (de 42 a 46)			42	43, 44, 45, 46	
5. Apoyo social (de 47 a 50)			49	47, 48, 50	
Total					

Tabla 60.4. Ubicación de la familia en la escala según el peso de las características

Valores de la escala	Criterios cualitativos para la ubicación de la familia en los valores de la escala	Valoración cualitativa
0	No presenta ninguna característica o presenta tipo I	Criticidad leve
1	Presenta características tipo II y ninguna tipo III	Criticidad moderada
2	Presenta entre 1 y 5 características tipo III y puede tener o no una o varias características tipo I y II	Criticidad severa
3	Presenta más de 5 características tipo III y puede tener o no una o varias características tipo I y II	Criticidad extrema

Bibliografía

- Arés, M.P. (2002). *Psicología de la Familia*. Facultad de Ciencias Psicológicas de Ecuador, Guayaquil, pp. 147-9.
- Benítez, M.E. (2003). *La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX*. Editorial Ciencias Sociales, Ciudad de La Habana, pp.56-9.
- Breihl J. (1995). Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. 2ed. Quito: CEAS; p. 125-6
- Castellón, S. (2003). Vulnerabilidad familiar y características biosociales de niños en edad escolar. Área Olivos. Sancti Spiritus.
- [Inédito] Tesis para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.
- Castro, A.P. (2002). *Cómo la familia cumple su función educativa*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, p. 8.
- Colectivo de autores (2003). Por la vida. Estudio psicosocial de las personas con discapacidades y estudio clínico-genético de las personas con retraso mental en Cuba. Ciudad de la Habana: Editora Abril; p. 38, 175.
- Dahm I, Geissler A, Hunter H *et al.* (1990). *Sociología para Médicos*. La Habana: Ciencias Sociales;pp. 92-116.
- De Armas, M. (2004). Caracterización familiar de jóvenes comisores de delitos. Las Tunas, 2002-2003. [Inédito] Tesis para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.

- Fabelo JR. (2003). *Los valores y sus desafíos actuales*. Ciudad de La Habana: José Martí; p. 173.
- Gallo FJ V y cols. (1997). Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Editorial. I. M. & C; p. 404-409.
- Horwitz, N.R. y P.I. Florenzano (1985). Rigeling. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol OPS 98 (2): 144-53.
- Loayssa, J.R, C. Buil y A. Gimeno (1997). Exploración familiar. En *Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. (Gallo, F.J. et al.) Coordinación Editorial. IM & C, Madrid, p. 377.
- Louro I. La familia en la determinación de la salud. *Rev. Cub. Salud Pub* 2003; 29(1): pp. 48 -51.
- _____ (2003). Enfoque familiar en la salud. En Temas de actualización en salud pública. [Monografía en CD-ROM] Escuela Nacional de Salud Púb. La Habana.
- _____ (2003). La familia en la determinación de la salud. *Rev. Cub. Salud Púb.* 29(1):48-51.
- _____ (2004). La psicología de la salud y la salud familiar. En *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones* (Hernández M.E., A.J. Grau, A.F. De los Santos), Centro Universitario de Ciencias Sociales, Universidad de Guadalajara.
- _____ Modelo teórico metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en el nivel primario. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Salud. Disponible en el url: <http://www.sld.cu/sitios/revsalud/temas.php?idv=2190>
- Louro, I., O. Infante, D. De la Cuesta, E. Pérez, I. González, C. Pérez et al. (2001). Manual de intervención en salud familiar [en línea] [fecha de acceso: 20 de septiembre de 2001] Disponible en url: <http://bvs.sld.cu/libros/manual/indice.html>
- Martínez GC.(2001). *Salud Familiar*. La Habana: Científico Técnica; p. 61.
- Mc Goldrich M. y R. Gerson (1999). *Genogramas en la evaluación familiar*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (2001). Familia y cambios socioeconómicos a las puertas del nuevo milenio. Informe final de investigación. La Habana: CIPS.
- Moya J. (2000). Terapia familiar sistémica. Córdoba, Editorial Triunfar, pp. 24-40.
- OPS (1999). Familia y adolescencia. Indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos e instrumento abreviado. WDC: Fundación W.K. Kellog.
- Organización Panamericana de la salud (1996). Modelos y Teorías de Comunicación en Salud. Promoción de Salud. WDC: OPS; Serie # 19. pp 8- 9.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 6:1231-9.
- Vera, A. (2002). Estudiar la familia. Un repaso. *Temas* (31):107.
- Walsh, F. (2002). Normal family processes. Growing diversity and complexity. Editorial Guilford Press: New York, pp. 87-98.
- Zabala M.C. (2007). Familia y cambio social. Un análisis de la pobreza en Cuba. En: Vera E.A. La dimensión familiar en Cuba: pasado y presente. Centro de Investigación y Desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello. Ed. Palcograf.



ecim
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN



ENFOQUE E INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL

Isabel Louro Bernal

Durante los tres últimos decenios se ha reconocido la importancia de la familia en los planes y programas de salud pública. Eventos cumbres y conferencias internacionales han propuesto a los gobiernos, instituciones y organizaciones lineamientos en favor de la salud familiar. Se han hecho llamados a la reflexión sobre todo lo que falta por hacer y de cuán distantes están de tal empeño aquellos países que reproducen la pobreza y la marginalidad en el seno de la familia.

Desde 1993, se formuló, en Cartagena de Indias, la Propuesta Regional para la Elaboración de Líneas de Acción en Favor de las Familias de América Latina y el Caribe y en ella se estimuló la inclusión del enfoque de familia en los distintos planes y programas de salud, poblacionales y sectoriales.

En la V Conferencia Mundial de Promoción de Salud en el año 2000, se produjo la llamada Declaración de México, que insta los países a que realicen actividades de promoción de la salud a todo lo largo del ciclo de vida, a que se establezcan políticas públicas favorables a la salud con miras al fortalecimiento de la familia y señala la importancia de reorientar los servicios de salud haciendo hincapié en ella.

Las declaraciones cumbres tienen de común la noción de la familia como la unidad básica de la sociedad, merecedora de protección y apoyo integrales, y la necesidad de su fortalecimiento ya que tiene la responsabilidad fundamental de criar, educar y proteger a los niños. De igual forma, las declaraciones procuran elaborar políticas y leyes que la apoyen, favorezcan y garanticen su estabilidad, que promuevan la igualdad, disminuyan la exclusión e identifiquen objetivos y medidas de pertinencia directa para la familia. A su vez, demuestran la necesidad de programas sociales y de salud para las familias.

Se plantea que las metas escogidas constituyen un reto de alcance mundial que requiere voluntad política

para encontrar soluciones y lograr un crecimiento con buena salud y desarrollo integral de las familias, más allá de la supervivencia.

Un gran paso de avance tiene Cuba al desarrollar un sistema sociopolítico que desde su plataforma ideológica se proyectó hacia la salud y la educación de la población.

La legislación vigente protege a la familia y promulga el derecho a su atención integral por parte del Estado, lo que se materializa en la prestación de servicios de seguridad social, educación y salud accesibles, gratuitos y de alto nivel científico-técnico.

Los derechos y deberes de la familia cubana aparecen consignados en la Constitución de la República que declara el acceso gratuito a los servicios de salud, tanto curativos como preventivos, la protección de la maternidad, la paternidad y el matrimonio, así como la determinación de los deberes mutuos entre padres e hijos. De igual forma, declara el derecho al trabajo, a la igualdad, a la educación, a la seguridad social por razón de edad, invalidez o enfermedad y protección a la familia por muerte o enfermedad profesional de alguno de sus miembros; esto demuestra el profundo carácter humanista y social de la legislación, al establecer derechos que se hayan intrínsecamente relacionados con la salud familiar y obligaciones que se encuentran en la base de las funciones esenciales de la familia para el mantenimiento y cuidado de la salud.

La sociedad cubana cuenta con un código legal especial para la familia, que la define como el centro de las relaciones de la vida en común que satisface intereses afectivos y sociales de las personas.

Aún cuando la familia goza de seguridad y protección por parte del Estado cubano y tiene garantía de satisfacción de las necesidades materiales básicas para el desarrollo de sus integrantes, todavía presenta diversos problemas que justifican la necesidad de su atención integral.

En las familias se manifiestan concretamente los resultados de la puesta en práctica de las políticas de seguridad social, educación, cultura y salud, pero en ellas se materializan muy rápido los efectos de las medidas sociales y económicas.

Las elevadas exigencias laborales y sociales, la multiplicidad de tareas, la urgencia de las metas, la velocidad de los cambios de la sociedad actual y las profundas transformaciones en condiciones económicas difíciles, han demandado de la población cubana esfuerzos extraordinarios, dedicación y entrega total a la construcción y desarrollo del proyecto social cubano, lo cual también ha repercutido en la vida familiar, en la educación, la comunicación, la recreación, procesos todos que intervienen en el fortalecimiento de vínculos afectivos, ideológicos y en la formación de valores.

Se plantea que las políticas públicas en favor de la integridad y desarrollo de la familia, como grupo importante de la sociedad, han estado carentes de sistematicidad.

Si bien la familia cubana ha estado al nivel enunciativo e intencional en todos los programas y acciones que tienen lugar en el país, hay que aceptar que no ha estado en la mira de una política global. Ha faltado el enfoque de familia, y es casi una constante que el significado de la familia sea más bien sinónimo de individuo, se ha tratado a la mujer, al niño, al discapacitado, al anciano, pero no a la familia como sujeto de acción colectiva. Muchos de los problemas que se avecinan no los podrá resolver la familia sola y necesitará una mayor atención social.

Aún no se ha optimizado una acción social y una eficaz intervención en la familia, en lo referido a las cuestiones educativas y asistenciales.

Aún cuando la atención integral a la familia no es privativa del sector salud, la asistencia sanitaria constituye una de las puertas de entrada más importante que tiene la familia a las redes de apoyo social y a las más positivas influencias emanadas de la sociedad.

Le corresponde al sector salud y a sus profesionales la atención a la salud de la familia con enfoque integral y preventivo, a la altura de la esencia social y humana de la salud pública cubana.

Una fortaleza en la política de atención familiar la constituye el plan del médico y la enfermera de familia de cobertura nacional, accesible a toda la población, orientado a la protección y recuperación de la salud en la comunidad.

Un noble y sabio propósito se expresa en los objetivos de este programa de atención integral al plantear: mejorar el estado de salud de la población mediante

acciones integrales dirigidas a la familia y al ambiente, mediante de una íntima vinculación con las masas.

La familia constituye la unidad básica de atención de salud, el grupo que a escala microsociedad desempeña funciones esenciales de protección y recuperación de la salud de sus integrantes y actúa como recurso de apoyo del equipo para la ejecución de las acciones de salud.

La vida familiar es el contexto más importante dentro del cual se fomenta la sanidad, se presenta la enfermedad, se recupera la salud y se ayuda a morir.

Se considera que la familia condiciona el proceso salud-enfermedad de sus integrantes, es el sitio donde se aprenden y perpetúan los comportamientos saludables, se ofrecen los cuidados primarios y se regulan las funciones relacionadas con la atención al enfermo y sus secuelas.

Es el grupo social que se ve más afectado por las enfermedades de sus miembros, interviene en la definición de la naturaleza y seriedad de los síntomas, en las decisiones sobre la utilización de servicios y en el seguimiento a los tratamientos indicados.

La familia es también una unidad de acción inter-disciplinaria en la comunidad y como tal debe constituirse en sujeto de atención y no debe verse como telón de fondo en el análisis de la situación de salud o en el peor de los casos como sitio donde se localiza al individuo.

Un conjunto de condiciones permiten brindar atención familiar de calidad: la existencia del mencionado plan de atención integral a la salud de la familia de base social, equipos multidisciplinarios de alto nivel que lo desarrollan, programas de formación de recursos humanos que contemplan la familia y la actual organización política y administrativa de la comunidad en los territorios, que favorece la participación intersectorial y deviene apoyo a la familia.

Médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales que laboran en la APS como parte de su trabajo cotidiano, realizan acciones de salud con la familia en el ámbito comunitario, desarrollan investigaciones y participan en la formación de recursos humanos; no obstante, existen evidencias de la poca aplicación del enfoque familiar en la planificación de acciones y en la atención de salud.

El método clínico centrado en el enfermo ha resultado insuficiente en la acción de salud comunitaria y se imponen otros métodos más orientados a la promoción de la salud y a la prevención de los riesgos, en los cuales la movilización de las fuerzas de la comunidad y la familia se transforma en un poderoso recurso de intervención y su propio agente de cambio.

El abordaje multifactorial de los problemas de salud, mediante el paradigma médico-social, lejos de excluir de su consideración la esencia de los fenómenos biológicos, los enriquece con un análisis más profundo y generalizador que permite la valoración de la relación salud y enfermedad en forma dinámica e integral, y contextualiza las condicionantes biológicas y médicas en la vida familiar, laboral y social.

Aplicaciones del enfoque familiar en la salud

El enfoque familiar presupone una visión holística de la génesis y manifestación de la salud y la enfermedad, expresa la puesta en práctica de los principios de la concepción sociopsicológica de la salud y la consideración de la familia como grupo complejo que regula la salud y como unidad básica de atención.

La aplicación del enfoque familiar consiste en la consideración de la familia en las políticas, las leyes, los planes y programas sociales y de salud; en la organización de los servicios médicos y en el contenido de las funciones asistenciales, docentes e investigativas de los profesionales de la salud. El término consideración indica en este sentido valoración, pensamiento y acción del contexto familiar (Fig. 61.1).

El enfoque familiar en la salud se manifiesta en el modo en el que se diseñan las políticas y los programas, en la forma en que se organizan los servicios de salud y se realizan las funciones administrativas, así como la amplitud de las funciones docentes, investigativas y asistenciales, esta última, a su vez, se manifiesta en la atención de salud de los individuos, en la atención

a la familia como grupo y en el análisis de la situación de salud de la población.

El enfoque familiar en la atención de salud individual consiste en la valoración de la familia en el análisis integral de su salud, en el cuadro interno de la enfermedad o problema que aqueja al paciente. Significa la identificación de características familiares de riesgo, la consideración de la posible influencia de la familia en la evolución de la enfermedad, así como en su recuperación. Para el diagnóstico y la atención de los problemas de salud se debe considerar la información de la familia a la que se pertenece, su trabajo y su ambiente sociocultural. El contexto familiar es un componente de gran valor como recurso de apoyo en las intervenciones con los pacientes.

Este enfoque de atención integral permite la identificación de las dimensiones familiares que actúan como recursos protectores o factores de vulnerabilidad de la salud. Tales dimensiones configuran el modo en el cual se expresa la condición médica o problema de salud en cada persona.

La omisión en el interrogatorio de las características familiares conduce al desconocimiento de factores importantes que influyen en la causa, en la historia natural de la enfermedad, en la efectividad de los tratamientos e inclusive conlleva a la no identificación de las razones reales por las que los pacientes acuden a la consulta.

La Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) enuncia que este profesional, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica, sin límites de edad ni sexo, atiende al individuo en su contexto familiar y a la familia en la comunidad que forma parte, sin distinciones por raza, religión, cultura o clase social.

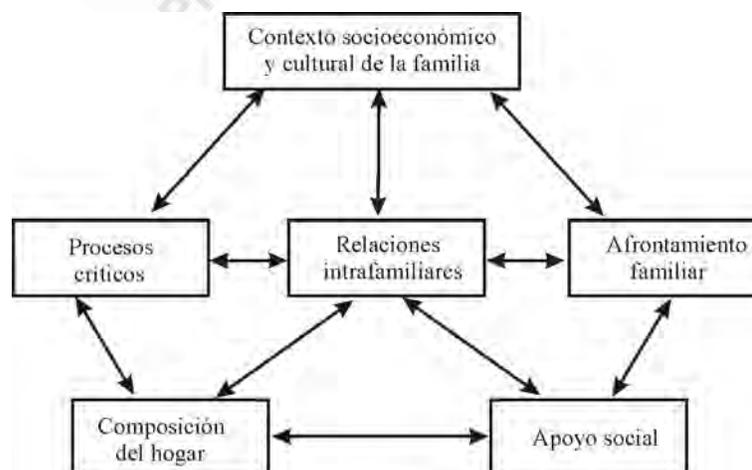


Fig. 61.1. Expresiones del enfoque familiar en salud.

De igual forma, la Organización Mundial de Médicos de Cabecera definió la visión del médico general del siglo XXI y se refirió al nuevo tipo de médico, con funciones y conocimientos ampliados, relacionados no solo con la medicina, sino con las ciencias del comportamiento, entre otras disciplinas sociales, ya que entre sus responsabilidades está la atención a los pacientes en su contexto familiar y comunitario, la asistencia sanitaria integral y continua, según los factores culturales, sociales, psicológicos y económicos que influyen en la salud y en la enfermedad, y la necesidad del trabajo en equipo multidisciplinario.

El enfoque familiar aparece registrado en el conjunto de procedimientos del personal de enfermería; se concibe la evaluación y la intervención familiar como parte del proceso de atención de enfermería establecido por la Asociación Norteamericana de Enfermería (NANDA).

De la Revilla Ahumada y Fleitas Cochoy (1999), autores españoles, plantean que en la consulta de atención primaria, el médico tiene dificultades para la toma de las decisiones y muy especialmente para discernir cuáles son los pacientes que requieren un tratamiento familiar. Enuncian características clínicas ante las que se recomienda utilizar un enfoque de este tipo: pacientes con síntomas y signos mal definidos, problemas de salud mental, hiperutilización de servicios, incumplimiento de prescripciones, problemas de adicción, niños con problemas y crisis familiar.

En esta concepción, al delimitarse los casos tributarios del abordaje familiar en la consulta de atención primaria, parecería como si los demás casos no necesitaran enfoque familiar para su atención, tanto curativa como preventiva. Se subraya que bajo la concepción que se defiende, este enfoque debe formar parte del repertorio de conocimientos y prácticas habituales de los profesionales de la APS, aún cuando, ciertamente, esos son los casos en los que se manifiesta con más claridad la necesidad de la consideración de la familia para el esclarecimiento del diagnóstico y la selección de indicaciones terapéuticas.

Otra aplicación del enfoque familiar es la acción sobre la familia como grupo, las intervenciones relacionadas con el nivel relacional, no menos importante en la salud, ya que afecta de manera directa el bienestar y el equilibrio biosicosocial de las personas.

La atención a la familia como grupo supone el reconocimiento de la calidad de las relaciones, del funcionamiento familiar y de su influencia en el proceso salud-enfermedad de sus integrantes. Implica la utilización de técnicas de evaluación e intervención para la promoción de la salud familiar y para la acción de

la familia en la solución de sus problemas que atañan a la salud.

En 1998 se evaluó la atención integral a la familia en un área de salud del municipio Marianao, Ciudad de La Habana, y resultó que la calidad científico-técnica de la atención no alcanzó los estándares establecidos por criterios de expertos (Louro B., 2000).

Díaz Véliz (2001), en evaluación del impacto del currículo de la carrera de medicina, en cuanto a la atención integral a la familia en la Facultad de Ciencias Médicas de Villa Clara, concluye que el egresado percibe dificultades en la realización de las dinámicas familiares, en las propuestas de tareas para solucionar problemas detectados y en la aplicación de técnicas breves persuasivas y de apoyo. Los profesores coincidieron en que no había logro en el desempeño de tales habilidades y expresaron insatisfacción en la labor de atención a las familias de los egresados. Las propias familias sujetas de atención manifestaron baja frecuencia de visita a los hogares y se presentó un bajo porcentaje de acciones de orientación familiar.

En el año 1999 (Louro, 2000) se realizó un estudio cualitativo con el objetivo de identificar necesidades de aprendizaje para la atención a la familia en la comunidad mediante 16 grupos focales integrados por psicólogos, médicos y enfermeras de familia, y se obtuvieron los resultados que se exponen a continuación, a modo de resumen (Fig. 61.2):

- Insuficiencia en los conocimientos y habilidades para realizar evaluaciones e intervenciones familiares.
- Carencia de métodos de evaluación e intervención familiar aplicables en el trabajo del consultorio.
- Bibliografía de estudio desactualizada y dispersa.
- El trabajo que se exige en el consultorio está centrado en los programas a los individuos.
- La atención familiar no se exige en los exámenes prácticos de los médicos, ni en los controles a los consultorios.
- Perciben esa actividad muy compleja.
- Se necesitan métodos de evaluación de fácil aplicación en la comunidad.
- Se requiere capacitación especial en técnica de intervención en salud familiar.

El Departamento de Medicina Familiar del Metro Health Medical Center, Cleveland, Ohio, EE. UU., reporta una investigación realizada en 1988 con cuatro destacados médicos de familia, a quienes se les aplicó la técnica de observación durante 16 días para comprobar si aplicaban el enfoque familiar, tarea que realizaron analizando los contenidos de la comunicación

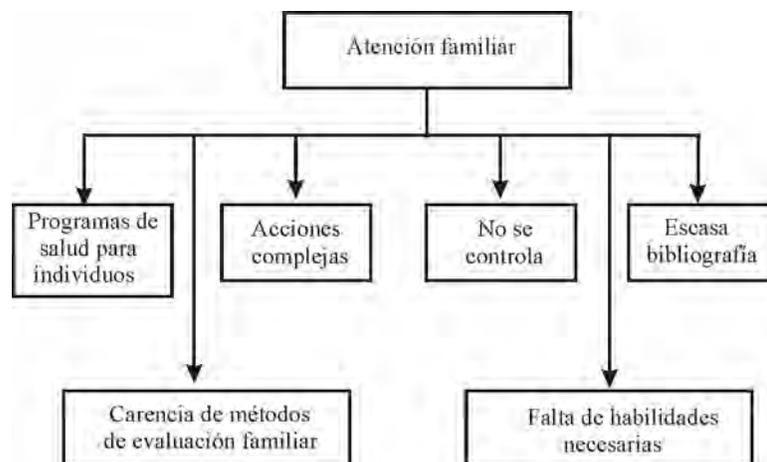


Fig. 61.2. Limitaciones para la atención familiar en el nivel primario de salud.

y las acciones en los audio videos tomados de las 137 consultas. Entre los resultados se describe que el 34 % de los pacientes vistos recibieron orientaciones de familia de alta intensidad y 19 % de baja intensidad y el tiempo promedio utilizado en estas consultas fue de 13 min. Concluyen que los médicos integraron los conceptos sistémicos de familia en la rutina de la atención individual de salud, identificaron las características del enfoque familiar y las circunstancias que lo promueven u obstaculizan y que pueden adaptar sus componentes como parte de su práctica habitual (Cole-Kelly, Yanoshik, Campbel y Flynn 1998).

Se reporta que en España muchos médicos generalistas aducen que el enfoque familiar forma parte de su práctica diaria, y se realizan aproximaciones a la familia, cuando cada caso así lo requiera. Pero el resultado de las investigaciones fueron poco alentadores, no se apreció la práctica del abordaje familiar como unidad asistencial, aunque sí atendían algunos aspectos relacionados con la asistencia individual en el contexto familiar. Añade que, aunque los médicos de familia se comunican con familias cada día, no muchos aceptan que el uso de determinados conceptos e instrumentos relacionados con la atención familiar facilite su trabajo en la consulta (De la Revilla y Fleitas, 1999a).

Martínez Calvo (1999), en su trabajo “La salud familiar y el médico de familia en Cuba”, refiere: “Ante la diversidad de objetos de estudio e influido por el paradigma biomédico, hospitalario y recuperativo que impera, solamente una increíble voluntad y un inusitado talento, harán al médico dirigir su esfuerzo profesional al estudio de las familias a su cargo. Su desempeño se diluye en la ejecución de programas de salud específicos que indudablemente lo condiciona para “extraer” a los individuos, uno a uno, del núcleo familiar. Sin

embargo, se afirma que el 75 % de todos los cuidados de la salud se producen en el contexto familiar” (Donati, 1994, Álvarez Sintés, 2005).

Doherty y Baird propusieron cinco niveles de desarrollo y participación del médico de familia en la asistencia familiar para evaluar el grado en el cual se adopta el enfoque familiar, los cuales abarcan desde desconocer el papel de la familia, brindarle consejos médicos, utilizar instrumentos para abordar familias hasta la real capacitación para dar respuesta a problemas familiares, establecer hipótesis sistémicas y realizar intervenciones (De la Revilla y Fleitas 1999b).

El equipo básico de salud en la APS, hipotéticamente, pudiera llegar hasta el quinto nivel de desarrollo de la asistencia familiar, dada la potencialidad de la estrategia de su formación, pero la organización de su trabajo, las normas de programas de salud centradas en los individuos, la poca cultura de intervención familiar entre los otros profesionales de la salud y en las familias, han conspirado contra tal empeño.

En resumen, los programas docentes están potencialmente preparados para el aprendizaje de conocimientos y habilidades del tema familia, pero no se concretan en las estrategias docentes, entrenamientos prácticos de intervención familiar ni se programan acciones de atención a la salud de la familia para el equipo de salud y sus profesores, así como tampoco se controlan tales acciones.

La estrategia de salud en la atención primaria aún no se ha orientado en su totalidad hacia la atención a la familia como grupo; las normativas, la deficiente preparación técnica para estas tareas, la falta de cultura de trabajo en grupo familiar de los profesionales de la salud y de las propias familias no han favorecido a que la familia sea vista como sujeto protagónico de la salud

y como unidad de diagnóstico e intervención, más allá de la salud de sus integrantes.

Las intervenciones promocionales, preventivas y de recuperación de la salud que necesita la familia requieren una organización de los servicios que pueda responder al enfoque de salud familiar.

Intervención psicológica familiar

La intervención familiar consiste en la aplicación de un conjunto de medidas que responden a una política de desarrollo y bienestar familiar. Como todo proceso de intervención en salud puede tener fines promocionales, preventivos y de curación-rehabilitación, ya sean aplicados a los grupos como a una familia en particular.

De ningún modo el término significa manipulación, control ni ejercicio de dominancia y poder sobre la familia, sino se concibe como sistema de influencias psicoeducativas.

La intervención psicológica pretende influir sobre el funcionamiento de la familia, para favorecer el bienestar del grupo y de cada uno de sus integrantes. La forma de influencia debe encaminarse a generar en ella recursos para la toma de decisiones y la solución de problemas para estimular la independencia y la autoayuda. No se trata de manejar la familia ni trazarle sus estrategias, se trata de colaborar en su gestión interna de desarrollo y en el favorecimiento de la formación de nuevas generaciones.

Según Argyris, la intervención, en general, debe orientarse por los principios siguientes:

- Capacidad del sistema de generar fundamentalmente información que nutra su funcionamiento.
- Nivel de decisión que ha de tener el sistema acerca de sus propias estrategias con alto grado de independencia.
- Participación conjunta para la realización en las tareas de solución de problemas.
- Garantizar la involucración afectiva.

En efecto, es importante tener en cuenta estas cuatro características, en tanto que cualquier proceso de intervención en salud debe propiciar la participación motivada y responsable para resolver las necesidades, así como desarrollar los propios recursos y las potencialidades que faciliten las conductas individuales y familiares protectoras de la salud.

La intervención familiar puede aplicarse en distintos niveles, en la sociedad en su conjunto, en la comunidad, a escala grupal y en cada grupo familiar.

En el nivel social. Se expresa en un conjunto de medidas para educar a la familia, que llegan a través de las regulaciones del Estado, de los medios masivos de comunicación y, en general, en las políticas que traza el Gobierno y se llevan a cabo por medio de las instituciones. Por ejemplo: se puede señalar el código de la familia, la ley de protección de los niños, la creación de círculos infantiles, los programas de televisión y radiales, y proyectos tales como “Para la Vida”.

En el nivel comunitario. Se expresa en las políticas de desarrollo comunitario y en la implantación local de los proyectos nacionales. Por ejemplo: la creación de las casas de orientación familiar.

En el nivel grupal. Son las estrategias encaminadas a influir sobre la familia, a través de los grupos específicos. El grupo es un excelente espacio y vehículo para la intervención familiar. Pongamos, por ejemplo, los círculos de adolescentes, abuelos y amas de casa.

En el nivel familiar. Se refiere a la intervención hacia el interior de una familia como grupo, la cual puede tener objetivos preventivos o curativos.

Las intervenciones a escala intrafamiliar precisa un alto grado de entrenamiento y especialización para lograr el efecto deseado, respetar la ética familiar y no producir iatrogenia.

Los casos en que la familia requiere la intervención, según la naturaleza del problema y los recursos propios, son los siguientes:

- Existe un gran grupo de familias que poseen los recursos psicológicos e interactivos suficientes para generar soluciones adaptativas y funcionales ante los problemas de la vida cotidiana. Consiguen un equilibrio armónico, sin afectar la salud individual y familiar.
- Existe otro grupo de familias cuyos recursos son insuficientes, para la envergadura del problema. Por tanto, necesitan las redes de apoyo familiar y comunitario. Entiéndase apoyo en términos de consejería, orientación, facilidades de comunicación y colaboración en la solución de problemas. Las redes de apoyo están constituidas por familiares, amigos, vecinos y organizaciones. En nuestro país, dada la accesibilidad y cobertura del Sistema Nacional de Salud, el recurso médico especializado forma parte de las redes de apoyo comunitario. Por tanto, es aún más importante que este subsistema de la atención primaria esté capacitado para satisfacer las necesidades de apoyo en términos de salud familiar.
- Otros grupos de familias son aquellos que dada la escasez de recursos propios, la naturaleza del problema y la ineficacia de las redes de apoyo, requieren ayuda especializada, como es el caso de intervenciones psicoterapéuticas planificadas en función de cada familia.

Los dos primeros grupos precisan intervenciones promocionales y preventivas. La intervención psicológica con la familia puede ser educativa o terapéutica.

Intervención educativa

Se refiere a los procesos para proveer en las familias información y facilitar la reflexión acerca del estado de la vida familiar, de las relaciones interpersonales y la crianza de los hijos. El objetivo es fundamentalmente promover la salud familiar y prevenir las disfunciones. Debe tenerse en cuenta la adopción de patrones intrafamiliares funcionales y adaptativos, y fortalecer los recursos propios para enfrentar los estresores provenientes del medio externo o interno.

En la atención primaria de salud, el psicólogo trabaja con la familia al utilizar en las escuelas los grupos de madres, las escuelas para padres de niños con problemas psicológicos, los grupos de madres de lactantes y aquellos de embarazadas y sus parejas. La clínica infantil acerca al psicólogo al trabajo con los padres, abuelos y hermanos, y demuestra la necesidad de intervenir con el grupo familiar como un todo.

Otra vía de intervención comunitaria es mediante la creación de grupos de desarrollo para adultos y jóvenes, grupos de adolescentes, tercera edad y dispensarizados, con enfoque familiar.

Detección de necesidades de aprendizaje en grupos formados en la comunidad

La satisfacción del criterio de normalidad es una regularidad que se observa con frecuencia en los grupos. Se llama criterio de normalidad a la necesidad de conocer la norma de conducta, o sea, lo que es normal para cada edad y ante determinadas circunstancias.

En lo fundamental, en estadios tempranos del desarrollo y hasta la adolescencia, la problemática del crecimiento y el desarrollo, así como la forma de crianza son motivos de curiosidad y preocupación de padres y educadores. Precisar de consejo psicológico o la simple satisfacción cognoscitiva de las etapas de desarrollo, por parte de la familia, es motivo de búsqueda de ayuda especializada y es terreno propicio para planificar los espacios de intervenciones educativas.

Otro elemento contenido en la intervención educativa es la necesidad de conocimiento y recursos de enfrentamiento a los cambios de las etapas del ciclo vital, así como a los eventos de vida que provocan crisis familiares.

Una gran cantidad de problemas psicológicos en niños y adolescentes se asocian con el mal tratamiento

de sus padres que le retardan el proceso de desarrollo, y en ocasiones, hasta provocan huellas traumáticas que afectan el desarrollo de la personalidad. Frecuentemente, la ignorancia de los agentes psicotraumatizantes, así como la negligencia y la desatención son responsables de serios problemas familiares que solo el hecho de tener un espacio donde tratarlos, hablarlos y pensarlos puede resolverlos sin llegar a tener repercusiones tan dañinas.

Las intervenciones educativas en lo referente a la educación de padres es una de las importantes acciones de promoción y prevención de salud que se puede realizar en la comunidad.

La estabilidad y la armonía familiar, así como una forma adecuada de ejercer la autoridad sobre los hijos, unido a la comunicación afectiva necesaria en el hogar, son excelentes formas de proteger la salud de la familia.

Los recursos de afrontamiento al estrés individual y familiar, así como los mecanismos de ajustes ante las crisis son susceptibles de ser instrumentados en grupos de autoayuda en medios escolares, laborales y comunitarios, en general, para dotar a la familia y la población de mejores condiciones psicológicas para vivir en forma más saludable.

Los grupos de mujeres son buenos espacios para ejercer el trabajo educativo con la familia, no porque se excluye al hombre, sino porque, en la práctica, en la comunidad hay mayor participación femenina, específicamente amas de casa, mujeres jubiladas o que de forma transitoria están en el hogar cuidando a los hijos.

Otra problemática tributaria de la intervención educativa es relativa a la educación para la sexualidad y la reproducción, factor importante para la felicidad de la pareja, la planificación familiar, la paternidad y maternidad responsables, así como la integridad en la educación de los hijos.

Un problema común que requiere el ajuste familiar es la necesidad de aspiración *versus* realización que se manifiesta a distintos niveles; por ejemplo: los padres que idealizan a los hijos los preconiben de una manera determinada que no se ajusta a la realidad de los individuos cuyo concepto de grado de desarrollo familiar va mucho más allá de sus posibilidades de realización; con esto comprometen la aceptación de pertenencia familiar y social.

La vida cotidiana del hogar y su organización, y la participación social de la mujer son motivos de intervenciones educativas por la frecuencia de enfoques tiránicos, autoritarios y machistas que aparecen en nuestro medio como modos “perfectos” de organizar la vida familiar.

El hecho de considerar un nivel educativo en la intervención familiar basado en la orientación y el consejo psicológico, no la exonera del uso de técnicas y recursos movilizados que apoyen el objetivo educativo de elevar el conocimiento y propiciar la reflexión.

La distinción del nivel educativo del terapéutico no significa en modo alguno una diferenciación por orden de importancia; muy por el contrario, creemos que al nivel del trabajo comunitario la intervención educativa es fundamental, en tanto se encamina a la profilaxis de las crisis familiares.

Una característica importante de la intervención educativa en su aplicación al nivel de la atención primaria es la accesibilidad, ya que la disposición de los pocos recursos necesitados se debe planificar con la comunidad y no en la institución de salud.

La planificación de las actividades de intervención educativa requiere la anticipación a los problemas que presenta la familia para su verdadera prevención, así como el traslado de los especialistas a los terrenos comunitarios.

Se puede intervenir en la familia a través del trabajo educativo con grupos específicos, tales como:

- Grupos de embarazadas.
- Madres de niños menores de 1 año.
- Grupos de adolescentes en riesgo.
- Grupos expuestos a riesgo.
- Grupos de enfermos crónicos.
- Grupos de la tercera edad.

Dinámica familiar

Proviene de aplicar la técnica dinámica de grupos a la familia. Se caracteriza por:

- Reunión del grupo familiar en torno a un objetivo.
- Exposición, discusión y análisis del tema por parte del grupo y con poca participación del coordinador.
- El coordinador conduce el grupo, modera la dinámica, pero no asume el rol directivo.
- Se induce a la búsqueda de soluciones alternativas y funcionales.
- Se fomenta el acuerdo y el compromiso con este.

En la dinámica familiar se trabaja con el contenido temático y con el objetivo de la familia, en cuanto a la búsqueda de orientación ante un problema.

El moderador no va a intervenir con procedimientos terapéuticos, para modificar el proceso de interacción en la relación familiar. Las técnicas utilizadas son de:

- Orientación psicológica y consejería.
- Manejo grupal.

El coordinador se pronuncia por apoyar las sugerencias acertadas o promueve alternativas de solución de problemas para lograr el bienestar psicológico, el crecimiento y la independencia, disminuir los daños y aminorar los costos para la salud.

Variantes

- Prescindir de los hijos menores.
- Formar parte de un tratamiento terapéutico familiar o no.
- Planificarse en torno a un paciente o por consenso familiar.

Técnicas alternativas

- Tareas de ensayo para cumplir un objetivo.
- Escenificaciones.
- Historia de vida familiar.

Tipos de familias tributarias de la dinámica familiar

- Familias predominantes funcionales, pero atascadas en una crisis situacional o debida a algún acontecimiento del ciclo vital, por ejemplo, la adolescencia.
- Familias que buscan el consejo psicológico para tomar una decisión importante, ya sea por existir opiniones contrapuestas o para adoptar un estilo en la toma de decisiones o cambios en las normas de disciplina.

Por ejemplo, un grupo familiar que solicita ayuda para tomar decisión ante las reglas de disciplina frente a la conducta del hijo adolescente. Los padres piensan de un modo y los abuelos de otro.

La dinámica familiar se planifica para buscar un consenso y soluciones que emanen del análisis del propio grupo.

Un ejemplo de las técnicas alternativas puede ser escenificar una situación problemática en el hogar de un adolescente.

Lograr que la familia diseñe la situación, que dramatice, intercambie papeles y trabaje las emociones y los sentimientos que afloran en cada rol, son recursos básicos para el logro de los objetivos.

La tarea tiene sus ocasiones que se diseña en función del objetivo educativo, como por ejemplo: educar el respeto a la individualidad del adolescente o estrechar el subsistema parental.

El uso de la dinámica familiar, como técnica breve, es eficiente como recurso alternativo e intermedio para

abordar los problemas que atraviesa la familia, y esta razón nos condujo a la teorización de un modelo que contiene cuatro variables conductoras o rectoras de este tipo de intervención. Ellas son:

- Comunicación.
- Afectividad.
- Reflexión.
- Actividad.

Este modelo (CARA) permite recordar los cuatro procesos que deben estar presentes en la dinámica grupal.

Comunicación. Proceso que sirve de vía verbal o no verbal para manifestar los mensajes de ayuda, incompetencia, insatisfacción y ansiedades hacia el moderador y el grupo, al manifestar las reglas o patrones de interacción, o las expresiones afectivas de la vida cotidiana familiar.

La posibilidad de tener un espacio de comunicación incondicional resulta necesario para el individuo en el grupo.

La dinámica grupal potencializa las posibilidades y oportunidades que da la familia como espacio de comunicación y como vía efectiva de solución de problemas.

Propiciar la comunicación abierta y educar la comunicación positiva, clara y directa son objetivos que pueden lograrse con técnicas específicas en la dinámica familiar.

Entrenar la comunicación no directiva y el mensaje no paternalista es un aprendizaje indispensable para liderar al grupo familiar como moderador.

Afectividad. Manifiesta la comunicación afectiva entre los integrantes de la familia. El amor y sentido de pertenencia a ese grupo brinda seguridad y apoyo. Las expresiones de emergencia como la tristeza, la angustia o el llanto pueden frecuentar las sesiones. Educar la expresión de los efectos, y las emociones positivas y negativas no significa reprimirlas como suele ocurrir debido a la presión social y los estereotipos existentes.

Por el contrario, la educación implica liberar las emociones para que resulten menos dañinas y produzcan efectos constructivos. La expresión de los sentimientos verbales y no verbales resulta frecuentemente escasa en el grupo familiar.

Existen familias donde no se ha educado la expresión del amor y este se da por sabido; así, se priva a los miembros de la riqueza espiritual que brinda esa vivencia. No son pocas las sesiones de familias en las cuales los hijos, por primera vez, oyen a sus padres expresiones de amor y apoyo emocional.

Nacer, crecer, vivir y morir sin palpar, sentir, dar el amor de los padres, hermanos, hijos, etc., es privarse del más elemental derecho que le dio al hombre la vida en familia.

El principal problema radica en el aprendizaje de las expresiones emocionales en un modelo ideal que no sustituye las relaciones cotidianas del hogar; sin embargo, en este tipo de intervención, se contribuye a mejorar la comunicación afectiva y las relaciones interpersonales.

Reflexión. Proceso cognitivo que opera en las individualidades, a partir del análisis de la información de las vivencias y de la situación de conjunto de interacciones entre los miembros de las familias. El grupo utiliza sus potencialidades intelectuales para elaborar la situación problemática y encontrar las soluciones.

Hacer la reflexión permite un conocimiento mayor, pero no se trata de buscar causales, culpables ni chivos expiatorios. El grupo se conduce para evitar las construcciones defensivas y destructivas.

La construcción de alternativas de soluciones es el eje de la dinámica, sin proponerse como objetivo modificaciones conductuales importantes. El énfasis de la dinámica no está en el por qué, sino en el para qué.

El moderador debe cuidarse de hacer interpretaciones; más bien se describe lo que ocurre y se orientan posibles modos de encarar un problema.

Actividad. Se considera la actividad en tanto uso de técnicas participativas y vivenciales. El grupo se pone en acción desde que realiza actividades intelectuales para analizar un tema, construye una escena, la dramatiza, la discute y la vivencia. La práctica objetiviza aquello que pertenece al mundo interior y que constituye motivo de dudas, preocupaciones y conflictos.

Sin caer en enfoques pueriles, el uso de las técnicas participativas adaptadas a la familia y orientadas hacia objetivos concretos resulta eficiente.

El uso de las llamadas “tareas” como actividad indicada para el hogar con objetivos específicos también da resultados, ya que la familia experimenta la vivencia de una situación novedosa y posible de ejecutar.

La actividad del moderador es fundamental, pues conscientemente debe liderar la dinámica, pero participando al mínimo posible en forma no directiva.

El planteamiento de este modelo (CARA) para la intervención educativa supone la consideración de elementos generales componentes y no de pasos a seguir.

Grupo de orientación familiar. Es considerado como un grupo conformado por miembros adultos de varias familias con el objetivo de crecer, madurar y desarrollarse en su vida personal y familiar.

El grupo puede estar conformado por:

- Padres de niños que asisten a consulta psicológica.
- Adultos jóvenes sin hijos.
- Padres de niños de escuela o círculo infantil.
- Familias de la comunidad.
- Abuelos.

El grupo permite el intercambio de ideas y sentimientos, favorece la reflexión y el análisis, funciona como red de apoyo y estimula el compromiso de cambio.

Los grupos que se forman para vínculos de superación y educación deben organizarse sobre la base de los principios siguientes:

- Afiliación voluntaria.
- Crece con tu familia.
- Aprende a envejecer.
- Cumplimiento de las normas éticas.

En dependencia del tipo de grupo, se le debe bautizar con un nombre, ya que da la identidad y sentido de pertenencia para los miembros, por ejemplo:

- Ayuda a tus hijos a crecer.
- Crece con tu familia.
- Aprender a envejecer

Los grupos formados en la comunidad se unen en torno a necesidades e intereses y estos deben ser explorados mediante una evaluación con técnicas participativas como la “lluvia” de ideas, test de funcionamiento familiar o de vulnerabilidad al estrés.

El resultado de esta evaluación generalmente orienta el camino a seguir, para satisfacer las necesidades y mantener la motivación del grupo.

El trabajo grupal requiere el dominio de las técnicas que lo caracterizan, pero, además, este grupo requiere el dominio de las técnicas participativas grupales y de la creatividad para ajustarlas a la familia.

Como todo grupo, el de orientación familiar debe fijar sus reglas, su duración, etc.

La organización de grupos de orientación familiar se recomienda mediante las etapas del ciclo vital:

- Etapa de formación e integración:
 - Rol de mujer o rol de hombre.
 - Roles asignados estereotipados.
 - Proyecto de vida.
 - Sistema vincular de pareja-hijo.
 - Comunicación de pareja.
- Etapa de expansión y consolidación:
 - Roles de padre-madre y hombre-mujer.
 - Superposición de roles.
 - Espacio personal y límites.

- Atención de los hijos.
- Hijos adolescentes.
- Comunicación familiar.
- Etapa de contracción:
 - Nueva comunicación familiar.
 - Hijos adultos.
 - Hogar vacío versus hogar demasiado lleno.
 - Rol de jubilado.
- Etapa de disolución:
 - Rol de mujer y hombre en la tercera edad.
 - Nueva comunicación social.

Las técnicas más comúnmente utilizadas en esta metodología son las afectivo-participativas y psicodramáticas.

Algunas técnicas posibles de aplicar para desarrollar estos temas en estos grupos han sido tomadas y modificadas de colegas argentinos, tales como Mirta Cucco y Luis Losada (1990), quienes han desarrollado en España una metodología de intervención familiar derivada de indicadores diagnósticos de vida cotidiana.

Otras técnicas han sido creadas a partir de las conocidas técnicas participativas de educación en salud.

Extraterrestre en un hogar cubano. Técnica muy útil y novedosa para trabajar los roles en la vida cotidiana del grupo familiar. Consiste en imaginar que ha llegado un extraterrestre a un hogar cubano y se asoma por la ventana a una hora y un día de la semana determinado, según conveniencia, ya que le interesa saber cómo viven las personas en la tierra.

Comienza la dinámica preguntando a cada miembro del grupo qué vio el extraterrestre a través de la ventana. Una vez resumidas las situaciones de los hogares, el extraterrestre no entiende por qué suceden esas cosas y entonces le damos una explicación, la cual se le pide al grupo.

La riqueza de la técnica permite evaluar el modo de vida familiar y la brecha existente entre el ideal de vida y la realidad cotidiana. A través de esta actividad afloran una gran cantidad de informaciones y vivencias que permiten realizar el análisis del contenido.

El diseño de esta actividad facilita la proyección y disminuye las defensas.

Ecuación simbólica. Se refiere al empleo simbólico del espacio para la proyección psicológica. En esta técnica, se utilizan sillas para representar a la pareja en su posición de acuerdo con el proyecto de vida trazado. La posición de la silla va a objetivar el lugar de cada miembro de la pareja en relación con el otro y al primer hijo. Se analiza cómo el modelo de familia ideal heredado culturalmente no armoniza con la realización personal, debido al sistema de vínculos establecidos.

La técnica requiere un momento de expresión vivencial para preguntarle al sujeto cómo se sintió ocupando ese lugar y en relación con las otras dos personas.

Escenificaciones. Se diseñan situaciones problemas que representadas en escenas cortas sirvan para proyectar los problemas derivados de los roles en la vida familiar, así como hacer toma de conciencia y elaborar soluciones.

El intercambio de papel repitiendo la escena, permite poner al sujeto en funciones diferentes y contrapuestas.

La expresión vivencial en cada rol asumido forma parte del análisis del contenido, para lograr la reflexión acerca del objetivo propuesto.

Las escenificaciones pueden planificarse para las sesiones de comunicación, roles, límites, métodos de crianza y ciclo evolutivo familiar.

Las dramatizaciones de escenas contribuyen a que los padres construyan las pautas de cambio evolutivo, integren algunas pérdidas y resuelvan contradicciones de desarrollo.

Entrenamiento en comunicación positiva. Se trata de intercambiar mensajes solamente con expresiones positivas, para evitar los juicios críticos, agresiones, enmascaramientos y ambigüedades. Se facilita una lista de mensajes que deben ser cambiados a positivos. El uso de esta técnica tiene por objeto reflexionar acerca del daño de las comunicaciones negativas y los metamensajes, y entrenarse en comunicarse más saludablemente.

Llegada de un turista a un país desconocido. El turista simboliza al niño en la familia y este necesita un guía, ya que se siente perdido e inseguro y desconoce el idioma. El guía lo puede conducir para enseñarle el lenguaje y andar por el país que simboliza la sociedad; se trabaja en las formas de conducción del guía con respecto al turista y viceversa.

La técnica arroja diversos modelos utilizados en la educación familiar.

“Lluvia” de ideas. Con esta técnica se recoge información en los participantes del grupo acerca de las problemáticas que tiene, las exigencias, los males-tares, las demandas y las posibles formas de enfrentar diversas situaciones. Resulta conveniente para evaluar indicadores de vida cotidiana familiar en la comunidad.

“Escudo” familiar. Técnica para trabajar en grupo la autoestima familiar. Se les pide representar gráficamente la respuesta a seis preguntas para construir un escudo familiar. Estas son:

- El máximo logro familiar.
- Una costumbre que los caracterice.

- Lo que más valoras de tu familia.
- Lo que más te preocupa de tu familia.
- Una aspiración del grupo familiar.
- El objeto más estimado en el hogar.

Se puede construir un escudo del grupo y plasmarlo en una pancarta, de modo que sirva de material a la discusión. Cada integrante se construye su escudo, el cual tendrá carácter de distintivo personal. Las preguntas que originan los símbolos pueden ser variadas, en función del objetivo.

Los grupos de orientación familiar, al igual que tiene una evaluación inicial, deben ser evaluados al final. El propio grupo realiza la evaluación, ya sea mediante formulaciones verbales o escritas. También puede aplicarse un instrumento de retroalimentación de la información y los contenidos tratados. Hombres, mujeres, padres y jóvenes se convierten en seres más seguros, confiados, dispuestos para construir y desarrollar su proyecto de vida familiar.

Intervención terapéutica

Esta estrategia se utiliza con las familias que requieren modificaciones importantes en su patrón de relación interpersonal y que enfrentan la vida en forma destructiva. Por lo general, este tipo de familia tiene un miembro desajustado o enfermo, llamado paciente identificado, quien está resumiendo o cristalizando la crisis familiar.

También la familia puede tener un enfermo crónico descontrolado como es el caso de algunos hipertensos, diabéticos o ulcerosos, a quienes la dinámica familiar los mantiene en estrés, y posiblemente esta sea la responsable del mecanismo generador de la enfermedad.

La familia que requiere intervenciones terapéuticas es la llamada familia disfuncional.

Antecedentes en la práctica de terapia familiar

La idea de intentar tratar a la familia como grupo surge en América, en 1950, y constituye un cambio importante en el campo de la psicoterapia.

La familia va a constituir la unidad de análisis, observación y tratamiento, en vez del individuo enfermo, el niño con su mamá o papá, o el grupo de enfermos.

La mayoría de los clínicos de la primera mitad de este siglo fueron educados en la teoría individual del diagnóstico y tratamiento, y buscan en las personas las causas de los problemas e intentan cambiarlas.

Desde distintos enfoques teóricos y metodológicos, se avanzó en la curación de enfermedades mentales y trastornos psicofisiológicos, pero, no obstante, algunos terapeutas advertían que, en ocasiones, la mejoría del paciente afectaba negativamente al resto de la familia y esta entorpecía la evolución del enfermo.

Un primer paso de cambio fue el tratamiento del esquizofrénico, en quien se descubrió que la relación interpersonal entre padre, madre y enfermo influía en la variación de los síntomas y en la frecuencia de las crisis.

En 1948, Frieda-Fromm se refiere a la madre esquizofrenógena como factor influyente en la enfermedad, y es en esta ocasión en que se valora que los esquizofrénicos tenían mamá, pues hasta ese momento fueron aislados del contexto familiar.

El uso del dúo en la terapia, paciente/madre-padre, no tardó en extenderse al trío, para que participaran ambos padres y hermanos, lo que facilitó el enfoque sistémico para el tratamiento de la familia.

Modelos teóricos

En la década de los 50, numerosos terapeutas comenzaron a tratar familias como grupo desde diferentes modelos teóricos, y se desarrolló una variedad de escuelas de terapia familiar, que se explican a continuación:

- Escuela intergeneracional: se plantean cuatro dimensiones para el ordenamiento de los principios de esta escuela:
 - Existencial: analiza la herencia o legado cultural, que se refiere a las condiciones económicas, históricas y étnicas de la familia.
 - Psicológica: se refiere a los elementos dinámicos de la personalidad de los miembros de la familia, tales como necesidades, conflictos, defensas, etc.
 - Sistemática (o transaccional): se refiere al conjunto de patrones de conducta que adopta la familia, como estilo de relaciones interpersonales, y a la interacción dinámica entre ellos.
 - Ética-relacional: se refiere a los principios de justicia que rigen las relaciones entre los diferentes grupos generacionales, que se basan en el balance de los méritos y las obligaciones transmitidos de generación en generación.

La integración de las dimensiones antes mencionadas permite la formulación de hipótesis sobre la naturaleza del problema en diferentes niveles.

Para esta escuela, los síntomas son una forma de mantener un balance homeostático en el sistema

disfuncional. Una forma de mantenerse “leal” a la familia de origen es reproduciendo en la familia actual patrones destructivos, aún a expensas del sufrimiento individual. En consecuencia, el objetivo terapéutico se encaminaría a crear consciencia de esos patrones destructivos y el falso balance intergeneracional como forma de expresión de la “lealtad”, y a crear formas adoptivas y constructivas para el ser “leal”.

- Escuela comunicacional: sus principales exponentes son Watzlavick y V. Satir: esta escuela sustenta sus objetivos en mejorar la comunicación de la familia, para reducir los síntomas. Trabaja sobre la situación presente de la familia; para ello, utiliza técnicas paradójicas y tareas específicas en la comunicación.
- Escuela estructural: sus principales exponentes son S. Minuchin, B. Montalvo y H. Aponte. En esta se defiende el trabajo sobre la estructura familiar. El objetivo de la terapia es cambiar, reorganizar y re-balancear la estructura de la familia en el momento presente, aquí y ahora, su enfoque enfatiza la importancia de los roles de los miembros de la familia y su estructura jerárquica, así como el respeto a los límites que estas circunstancias imponen.
- Escuela psicodinámica: sus principales exponentes son Ackerman, Skinner y Tavistock. En esta se enfoca el tratamiento familiar desde la unidad de la pareja, con un enfoque psicodinámico y transferencial, donde se utiliza fundamentalmente la técnica interpretativa. El problema se considera como una neurosis familiar.
- Escuela estratégica: su principal exponente es J. Haley quien comenzó utilizando un enfoque comunicacional-interaccional y derivó su teoría hacia el estratégico. Esta escuela utiliza la terapia para “solucionar problemas”, pues utilizando la reestructuración de la jerarquía familiar se eliminan los síntomas. El concepto de disfunción familiar está considerado como un disturbio en la jerarquía familiar, y las principales vías para obtener los cambios son la aplicación de las tareas y las intervenciones paradójicas.

De forma general, estos terapeutas de familia que representan diferentes escuelas, comparten premisas importantes, tales como:

- El núcleo del problema excede al individuo y pertenece al conjunto de las relaciones familiares.
- El problema del paciente es visto en función sistémica y el diagnóstico requiere el enunciado de posibles hipótesis sistémicas.

- Se diagnostica el proceso disfuncional de las relaciones y el sistema disfuncional, en general, para intervenir sobre él.

A partir del estudio de distintas escuelas de terapia familiar, se han podido identificar algunos principios básicos del quehacer profesional que resultan comunes a cualquier tendencia teórica y que son válidos para todo el proceso de intercambio con la familia, desde la primera entrevista hasta el final de la terapia. Ellos son:

- Respecto a la ética de la familia: las intervenciones no deben proponer cambios en el estilo de vida familiar de forma tal que transgredan sus convicciones, normas y valores ético-morales.
- Nunca se debe manejar algún elemento que humille o menoscabe el respeto a la integridad individual y familiar.
- Empleo adecuado de la información: carácter estrictamente confidencial y compartimentado de la información que se trata en terapia.
- Postura multipartial: el terapeuta debe mantenerse equidistante, dispuesto a entender a cada miembro de la familia, de forma tal que no se parcialice unilateralmente con una postura o con un subgrupo y, a la vez, todos se sientan confiados.
- Espacio privado o ambiente íntimo: el ambiente que se cree en las entrevistas debe garantizar confianza, privacidad, inspirar la participación de modo que cada cual tenga su espacio íntimo para expresarse, incluso los niños.
El terapeuta debe mantener el control, el dominio del espacio y el poder. Se puede mantener un estilo no directivo, no autoritario ni hegemónico; sin embargo, no puede permitir que la familia le haga perder el poder.
- Filosofía humanista: la estrategia de intervención debe basarse en el fomento de la autoayuda y la autogestión de cambio, para no reforzar la dependencia. Se debe movilizar a la familia para el cambio en función del mejoramiento humano, en el reconocimiento de valores individuales y grupales para el pleno disfrute de la vida.
- Escenario de aprendizaje: el espacio terapéutico es en sí mismo un escenario de aprendizaje, ya que se modelan estilos interactivos de relación y formas comunicativas funcionales. Ejemplo: cuando se enseña a escuchar y hablar de uno o cuando se discute sin pelear, se manifiesta el desacuerdo sin ejercer violencia.

En Cuba la práctica de la psicoterapia de familia no ha sido sistematizada ni generalizada. En esta dirección se reportan trabajos del doctor Cristóbal Martínez (2001) y los de la doctora Virginia Marrero (1996), básicamente vinculados a la práctica de la psiquiatría infantil en hospitales pediátricos, quienes han creado modelos propios de terapia familiar.

El establecimiento del plan del médico de familia en la atención primaria de salud, en 1984, contribuyó a incrementar la práctica profesional del psicólogo con la familia como grupo en la comunidad.

El trabajo docente asistencial con el médico de familia en la APS impuso la necesidad de tratar a la familia desde una perspectiva promocional, preventiva y curativa. El psicólogo ha sido para el médico un asesor en la manera de enfrentar la amplia gama de problemas sociales y psicológicos asociados a la salud, la enfermedad y la secuela que presentan las familias en la comunidad.

Bibliografía

- Arés M.P. (1990). *Mi familia es así*. Investigación psicosocial. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, p. 2.
- Benítez, P.M.E. (2000). *Cambios sociodemográficos de la familia cubana en la segunda mitad del siglo xx* [inédito], tesis en Opción al Grado Científico de Doctora en Ciencias Económicas. CEDEM. UH La Habana, pp. 8-14.
- Castro, R.F. (2001). "Fragmentos del Discurso en la inauguración de la escuela de Trabajo Social de Holguín". Periódico Granma, La Habana, 24 de octubre.
- Cole-Kelly K., M.K. Yanoshik, J. Campbell, S.P. Flynn (1998). Integrating the family into routine patient care: a qualitative study. *J Fam Pract*, Dec; 47 (6): 440-5.
- Colectivo de autores (2002). *Familia y Cambios socioeconómicos a las puertas del nuevo milenio*. Dpto. de Estudios sobre Familia. CIPS. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, La Habana.
- De La Revilla A., y C. Fleitas (1995). Influencias socio-culturales en cuidados de salud. *Enfoque familiar en Atención Primaria*. En *Atención Primaria. Concepto. Organización y Práctica Clínica* (Martín Z.A., Cano P.J.F.) Editorial Harcourt, p. 113.
- De La Revilla. A., C. Fleitas (1999). *Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital*. En *Atención Primaria. Concepto. Organización y Práctica Clínica*. Martín ZA, Cano P.J.F.). Editorial Harcourt, Barcelona, volumen 1, 4ta. ed., p. 116.
- Díaz Véliz M.E. (2001). *Metodología docente para preparar al estudiante de medicina en la atención integral a la familia* [inédito], tesis en opción al grado de Máster en Educación Médica. ENSAP, La Habana, pp. 44-77.
- Donati P.P. (1994). *Sociología de la Salud*. Editorial Díaz de Santos. Madrid.
- ENSAP. (2006). *Análisis de la situación de salud. El caso Cuba*. (2001). Investigación de APS. 2002-2003 citado en enero 2006 online. Disponible en: <http://w.w.w.ops.o.s>.

- Fisher K. J. (1996). ¿Cómo será el médico general del Siglo XXI? Foro Mundial de la Salud. Vol 17.
- Florenzano U.R., S. Roizblatt, C.M. Valdés y colaboradores (1995). La medición del funcionamiento familiar: Aproximaciones clásicas y el modelo de Olson. *Rev. De Familias y terapia*. 3(6): 39-53.
- Gómez de Haz H. (1999). El análisis de la situación de salud. [Inédito], tesis de Maestría en Salud Pública. ENSAP, La Habana.
- Louro, B.I. (2000). Identificación de problemas para la aplicación del enfoque familiar en la Atención Primaria de Salud. En Seminario Internacional de APS. ENSAP, La Habana.
- Marrero, V. (1996). Síntesis de terapia familiar. Hospital William Soler, La Habana.
- Martínez, C.S. (1999). "La Salud Familiar y el Médico de Familia en Cuba". Material docente, Facultad de Salud Pública, La Habana.
- Martínez C.S. (1996). Modelo formativo -capacitante para el análisis de la situación de salud [inédito], tesis para optar por el grado de Doctora en Ciencias Médicas, La Habana.
- Martínez G.C. (2001). Salud Familiar. Editorial Científico-Técnica, La Habana.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (1988). Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. Minsap, La Habana 1988.
- Pérez, C.M. (1995). Los paradigmas médicos. Factores de su conservación y cambio. Bol. Ateneo Juan César García 3:21.
- Pérez, D.C. "El paradigma psicosocial de la Medicina General Integral" [inédito], tesis en opción al grado de Máster en Educación Médica. ENSAP, La Habana.
- Rojas, O.F., P.C. López, L.C. A. Silva (1994). Indicadores de Salud y Bienestar en Municipios Saludables. La Habana, Agosto.
- Vera EA (2007). *La dimensión familiar en Cuba: pasado y presente*. Centro de Investigación y Desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello. Ed. Palcograf.





TRATAMIENTO A LA FAMILIA

Cristóbal Martínez Gómez

Al incluir este capítulo, no se pretende que los especialistas en medicina general integral se conviertan, como por arte de magia, en terapeutas familiares, ya que para ello es imprescindible un entrenamiento sistemático y profundo, lo cual no es objetivo de este capítulo.

Sin embargo, es importante dar a conocer a este médico, baluarte y sostén de nuestro sistema de salud, algunos elementos diagnósticos que lo faculten para hacer una evaluación de determinadas problemáticas, a su nivel, y detectar precozmente alteraciones en la dinámica o en la estructura familiar, que le permitan orientarla de forma adecuada, si está a su alcance. De acuerdo con su evaluación y la profundidad del problema podrá, por supuesto, hacer una mejor remisión hacia el terapeuta familiar más cercano. Se propone brindar, además, algunos elementos útiles para servir como intermediario en determinados casos.

Se conoce por informaciones directas de estos especialistas, en los innumerables cursos que se han impartido en Cuba, que estos conocimientos les son muy necesarios y con la debida dosificación los pueden aplicar con buenos resultados.

Se ha probado que el profesional de la salud que más cerca está y mejor conoce a la familia que atiende es el especialista en medicina general integral, lo cual le da evidentes ventajas para manejar determinadas situaciones con más éxito que otros con mucha tecnología, pero sin esta cercanía emocional.

La “confianza básica” que la familia tiene en su médico, cuando este la ha reforzado con su dedicación, es a veces más terapéutica que la mejor de las técnicas.

Si además se tiene en cuenta que, en ocasiones, en comunidades específicas, es la única persona a quien puede acudir la familia en busca de ayuda y en quien únicamente confía, entonces este acierto se hace aún más valedero.

Al no darle al médico estos elementos, se corre el riesgo de que la familia caiga en manos de charlatanes y oportunistas que van a medrar con estas situaciones.

Diferencias entre terapia familiar y terapia de grupo

La psicoterapia familiar es una modalidad de psicoterapia de grupo pero es imprescindible señalar algunas diferencias que la distinguen.

En terapia de grupo los participantes buscan un cambio personal. En terapia familiar la motivación de los miembros no es individual, muchos de los que asisten, participan, interactúan lo hacen en solidaridad con su familiar con problemas o con la convicción de que el problema de la familia le atañe a todos.

La familia tiene una continuidad histórica de lo cual carece el grupo. Es un hecho evidente de que esta familia en tratamiento no se formó en ese momento sino que tiene una historia anterior de hábitos, mecanismos de funcionamiento, reglas, relaciones, conflictos, problemas, crisis, resueltos o no. Que han elaborado formas de solución, procesos de intermediación, etc. con éxitos y fracasos, los cuales se deben tener en cuenta. Además una característica muy peculiar; la familia al terminar las sesiones de psicoterapia familiar no se disuelven como grupo. Las interacciones provocadas por el terapeuta van a seguirse manifestando aun después que el termina el contacto con la familia, pero él está ausente. Claro está si se tiene conciencia de ello se puede aprovechar para darle tareas concretas a la familia para ese tiempo o indagar en la próxima sesión qué sucedió en el intervalo.

El grupo de psicoterapia es creado por el equipo de salud de manera conveniente a los intereses terapéuticos. Se puede formar sobre la base de la edad, sexo, patología, lugar de residencia, lugar de estudio etc. de

acuerdo con las preferencias o marco teórico del equipo de salud. La familia es un grupo natural, lo cual significa que no se puede crear ni modificar su estructura sobre la base de criterios teóricos ni conveniencias personales. Si en la familia hay niños pequeños, ancianos, inválidos, psicóticos, viven lejos del consultorio etc., hay que aceptarlos tal cual son y trabajar la terapia con esos elementos. Así es la familia y así hay que tratarla.

Ventajas de esta indicación

El hecho de ser la familia un grupo natural tiene enormes ventajas, debido a que no es necesario hacer esfuerzos para lograr el espíritu de grupo, la solidaridad, la cohesión que tanto tiempo ocupa en la psicoterapia de grupo. Se trata de una terapia en vivo, lo cual permite intervenir en la vida auténtica de los miembros. Allí mismo se analizan los conflictos interpersonales; ya que las dificultades de relación se ponen de manifiesto de manera clara y transparente. El proceso y el contenido se pueden diferenciar con más facilidad que en la terapia individual.

No incita al individuo contra la familia, ni la familia contra el individuo. Creo prudente aclarar lo que esto significa. He tenido la experiencia nada agradable de estar tratando un paciente en terapia individual y ante un logro evidente, recibir el otro día una diatriba por parte de un padre que no entendía el comportamiento de su hijo y lo consideraba inadecuado. Por supuesto que la culpa la tenía la terapia. En ocasiones el paciente al ganar en autoestima se rebela contra los “abusos” de la familia y se crean las dificultades lógicas. Cuando en terapia familiar un miembro logra un cambio positivo lo hace con la participación, el conocimiento y el consentimiento expreso de toda la familia evitando lo anteriormente relatado.

La terapia familiar se hace “aquí y ahora”. El lector se percatará inmediatamente de que el aquí y el ahora están entre comillas. Ello se debe que no me refiero a estos términos en el sentido existencialista, sino que la terapia se realiza con las personas presentes, no se permite alusiones o referencias a personas ausentes, lo cual es una forma de resistencia que se tratará más adelante. También es una forma de resistirse al cambio hacer mención de sucesos, conflictos, problemas de un pasado lejano. El análisis actual se plantea y se evita analizar cuestiones que es imposible recordar de manera exacta, sin poder establecer qué sintió cada cual en ese momento.

Una ventaja evidente, de la cual carecen otras terapias, es el establecimiento de un marco donde se

produce un choque entre fantasía y realidad. Solo en este tipo de terapia es posible desenmascarar los “fantasmas” individuales sobre las descripciones hechas por los pacientes en terapia individual o de grupo, sobre sus familiares, las relaciones afectivas, el trato que le dan, etc. Por ejemplo, a veces el paciente fantasea alrededor de que su madre es una bella persona y al conocerla accidentalmente se confirma exactamente lo contrario. En ocasiones el paciente describe una situación determinada y al citar a la familia para esclarecer el problema, todo era una fantasía. En terapia familiar, la madre, el padre, el hijo, el hermano y las relaciones se producen delante de los terapeutas. No hay nada de fantasía todo es realidad presente.

La terapia familiar es capaz de modificar la imagen que tienen los miembros de sí mismos y de los demás. Hemos sido agradablemente sorprendidos, en ocasiones, con el hecho de aseveraciones hechas por la familia de reconocer actitudes y virtudes de sus familiares que antes no percibían. Otras veces, ellos han concientizado lo erróneo de su criterio sobre el afecto que le tienen sus familiares. Innumerables ejemplos se pueden dar de esta ventaja. Un logro significativo y ventajoso se pone de manifiesto cuando es posible reestructurar las relaciones familiares. Para muchas familias este hecho es sumamente importante.

En los momentos actuales de nuestra práctica terapéutica se le da a la prevención un lugar preferencial. Según esa filosofía se añade una ventaja más a esta forma de tratamiento. Cuando se resuelve un problema de una familia, con su participación activa estamos al mismo tiempo enseñando la forma adecuada de resolver los conflictos, las desavenencias, en fin cualquier dificultad. No es raro que la familia use ese aprendizaje en otra ocasión con efectos positivos. Evidentemente este es un enfoque preventivo.

El tiempo es una magnitud que no es recuperable. Por lo tanto, economizar el tiempo es una ventaja innegable. La terapia familiar se hace en menos tiempo, sobre un número mayor de personas y con más efectividad.

La posibilidad de hacerse en el hogar es otra ventaja. Alguien se puede preguntar en qué consiste. Son varios los aspectos ventajosos:

- La observación en el hábitat natural da una imagen más precisa. En la vivienda se pueden aquilatar exactamente las condiciones y el modo de vida de la familia.
- El funcionamiento familiar más claro. El contexto habitual le brinda a los miembros más libertad y más espontaneidad para expresarse, así como se pueden

- apreciar intervenciones, en la dinámica familiar, de personas ajenas, como vecinos, amigos u otros familiares.
- El padre presente. Es posible que el padre no esté asistiendo a las sesiones en el consultorio, pero si la terapia se traslada a la casa es muy difícil que el padre se mantenga ausente.
 - Facilita el tratamiento de las crisis. El tratamiento de una crisis es, a veces, difícil de hacer en el hospital o en la consulta. Al llevar el caso a la casa facilita la atención y la reinserción del paciente en su ambiente natural.
 - Ubica el foco de tratamiento en la familia. Una forma de resistencia es ubicar el foco del tratamiento en el supuesto paciente y considerar a los demás como espectadores o colaboradores. Al hacer la terapia en el hogar se está afirmando a nivel analógico que en la génesis del problema y en su solución participa toda la familia.
 - No hay que usar fuerza o engaño para llevar psicóticos al hospital. Todos han presenciado lo funesto que resulta llevar a un paciente engañado o por la fuerza a un tratamiento, sobre todo cuando se trata de una patología del rango psicótico. Cómo se logra su participación en la sesión en contra de su voluntad. Evidentemente es imposible. Si el especialista se traslada no es necesario el engaño ni la coerción y se logrará mejor cooperación.
 - Hay familias que solo se pueden tratar en el hogar. Alguien se puede cuestionar, qué familia es esa. Por ejemplo, la presencia de un impedido físico, imposible de trasladar y tiene una participación importante en el conflicto. Cuando existe un miembro con una posición política, artística o de otra índole, muy conocida, es contraproducente, para su autoestima y su prestigio, hacer pública su asistencia a las sesiones. La única solución posible es realizar las sesiones en la vivienda, con la mayor discreción posible.

Indicaciones

Problemas de separación del adolescente. La crisis de identidad de la adolescencia afecta, en ocasiones, a toda la familia. La familia en este caso no ha elaborado los mecanismos adecuados para aceptar que el adolescente necesita separarse, tomar distancia psicológica de sus progenitores y de sus hermanos para ir convirtiéndose en un adulto con identidad propia. Es una indicación precisa de terapia familiar que además va prevenir males mayores. En relación con esta misma situación se producen, en los adolescentes, actitudes de rebeldía o relaciones de dependencia no superables por la

familia y que lógicamente solo pueden resolverse con una intervención terapéutica.

Intercambio de disociaciones. Esta situación se produce cuando los miembros de la familia disocian de su conciencia las manifestaciones agresivas, descalificadoras, de desapego, en fin de sentimientos destructivos hacia los otros. Sin embargo, perciben esos mismos sentimientos cuando proceden de los demás y van dirigidos hacia ellos.

Como medio de atraer al tratamiento a pacientes difíciles de definir como tales, o sea que no aceptan. Es el caso ya descrito cuando hablamos de las ventajas y lo negativo de engañar o coaccionar a los pacientes para ser tratados. Es esta una indicación relativa, pues el objeto del tratamiento no es la familia sino el paciente.

Distanciamiento fijo. Se trata de familias en que existe una incapacidad de acercarse uno al otro a un nivel afectivo humano. Es el caso de excluir masivamente la rabia (seudo mutualidad) o de excluir masivamente la ternura (seudo hostilidad) a lo cual algunos autores llaman también complementariedad no mutua como se explicó anteriormente.

Comunicación amorfa. No se trata de que se hagan aseveraciones que luego se nieguen, sino que nunca están expresadas con la claridad que permita percibir una descalificación. La comunicación es indirecta y enmascarada.

Familias con límites muy organizados y psicológicamente impermeables. Se trata de familias que no establecen una relación lógica con su entorno. Se aíslan de una forma inadecuada, no reciben el influjo beneficioso de las relaciones sociales e impiden el desarrollo armonioso de la personalidad de sus miembros.

Fase particular del proceso terapéutico general. A veces no se trata de establecer como indicación específica una terapia familiar, sino que es necesario para el proceso terapéutico de un miembro en terapia individual, manejar aspectos familiares. Lo cual se realiza solo en algunas sesiones.

Atención de los aspectos intrafamiliares de un episodio esquizofrénico. Aunque no se comparte la idea de que la terapia familiar puede “curar” a un esquizofrénico, si muchas dificultades de la familia (en cuanto a cómo tratar a esta persona que no siempre está psicótica, no siempre actúa inadecuadamente, no siempre está equivocada o desajustada), son solubles mediante un enfoque terapéutico familiar.

Tratamiento de crisis. Como ya se vio en las ventajas, una posible indicación es el tratamiento de una crisis. Se debe agregar que durante la crisis la familia es mucho más receptiva, más proclive al cambio, más

moldeable, tiene más disposición a cooperar. Es un momento ideal para modificar actitudes negativas de todos.

Preventivamente. Con frecuencia las familias piden orientaciones acerca de cómo informar a sus hijos de un divorcio, de la muerte de un familiar allegado, de la ausencia por múltiples motivos etc. En estos casos de forma preventiva se realiza una sesión única de psicoterapia para evitar las consecuencias del engaño o la posposición. se aprovecha para trasladarle a los participantes conceptos relativos a la importancia de informar a los miembros de una manera adecuada, de todo aquello imposible de ocultar aunque sea doloroso y recalcar que, en el caso de los niños, esto es doblemente necesario.

Contraindicaciones

- Si el problema no tiene significado ni consecuencias actuales a nivel emocional y de la conducta para los miembros de la familia.
- Familia sin continuidad histórica y sin participación emocional. Se refiere a aquellas familias realmente disueltas, de las cuales no queda ningún vínculo.
- Sobreidentificación con un miembro. Esta es una contraindicación del terapeuta y no de la familia. Cuando el terapeuta está muy identificado con un miembro entonces, inconscientemente, pierde: la imparcialidad, su papel de intermediario y queda descalificado para hacer terapia.
- Incapacidad para establecer empatía. Este es el caso contrario del anterior. El terapeuta no es capaz de ponerse en el lugar de los miembros, no es capaz de entender sus sentimientos, ni sus emociones lo cual es percibido por la familia, lo que imposibilita la relación.
- Terapeuta que no puede hacer dejación de su orientación hacia los problemas intrasíquicos y la diada paciente-terapeuta, lo que impide un enfoque holístico de la familia.
- Terapeuta que teme poner límites activamente y terapeuta que no puede controlarse. Tanto aquel que no puede controlar la sesión y esta se le escapa de las manos, dejando la interacción al libre albedrío de la familia, como el que no le permite a la familia participar activamente en la elaboración de los objetivos, en la toma de decisiones y en escoger los temas de debate, no van a obtener buenos resultados.

Resistencias

- Resistencias a la terapia:
 - Silencio, pasividad, discusión superficial o intelectualización para evitar involucración emocional.

- Demandar consejos para evitar tratar el conflicto.
- Repulsa a las interpretaciones del terapeuta.
- Denegación de *insight* previamente expresado.
- Denegación a la habilidad del terapeuta para entender el problema sobre la base de diferencias étnicas, lingüísticas o culturales.
- Actitud fatalista en la cual uno acepta la culpa y manifiesta su incapacidad para el cambio.
- Milagrosa desaparición o agravación de los síntomas usados para terminar la terapia. Llegadas tardes y/o ausencias.
- Terminación unilateral por la familia.
- Resistencias a la interacción:
 - Rechazo a traer materiales nuevos o significativos.
 - Evitar el autoinvolucramiento en interacciones significativas.
 - Diversión, distracción, interrupciones.
 - Rechazo a comunicar con otro miembro presente.
 - Uso de un segundo lenguaje para excluir a otro miembro.
- Resistencias familiares específicas:
 - Evitar el trato de conflictos maritales.
 - Predicciones de persistencia de los síntomas o imposibilidad de cambio.
 - Denegación de la expresión de afecto por algún miembro.
 - Denegación de cambios evidentes o de mejorías.
 - Proteger y defender a otros que persisten en mantener su conducta y se resisten al cambio.
 - Secretos familiares que ocultan información significativa.
 - Mandato de no descubrir el conflicto.
 - Amenaza de abandonar la familia si hay cambio.
 - Amenaza de abandonar a uno de los miembros.
 - Usar a un miembro como excusa para evitar la terapia.

Para poder intervenir en una familia, aunque solo sea a un nivel elemental, es necesario hacer una evaluación de los problemas, y algunas categorías dinámicas y estructurales, los recursos con que se cuenta y una integración diagnóstica. Es seguro que el médico de familia, en la atención primaria puede hacerlo e incluso intermediar en algunos conflictos con eficacia, sin peligro de hacer iatrogenia, si sigue las recomendaciones que aquí se indican y si procede con el cuidado y las precauciones señaladas. En función de ello, se ofrecen algunos elementos teóricos sobre evaluación, diagnóstico, objetivos, estrategia y una técnica con pocos riesgos para orientar a las familias con dificultades.

Evaluación y diagnóstico

La evaluación y el diagnóstico de la familia tienen trascendental importancia, ya que sin este paso previo será imposible establecer la orientación adecuada. Primero es preciso definir qué está sucediendo, proceso, qué se ha deteriorado estructura, y qué recursos posee la familia. Es necesario, también, establecer la jerarquía de cada uno de estos factores en la situación problemática en cuestión y, de acuerdo con ello, hacer la integración diagnóstica dinámica del conflicto en relación con necesidades no satisfechas. Para ello se describirán seis pasos:

1. Problemas identificados por la familia: cuando la familia acude a un médico en busca de ayuda, es evidente que tiene una preocupación o ha detectado un problema determinado. Es muy importante tomar buena nota de ello, pues a veces este problema puede ser el que esté creando el malestar o la disfunción familiar. Aunque no sea así, de todas formas es oportuno y conveniente ponerle atención y aclararlo lo más posible.

Se debe tener en cuenta que, en ocasiones, el problema que la familia trae como “tarjeta de presentación” solo está enmascarando, consciente o inconscientemente, un problema más doloroso o más vergonzoso. De cualquier manera, una cosa o la otra tienen importancia diagnóstica y terapéutica. El médico debe estar atento a ello, para no caer en el simplismo de resolver el pequeño problema y no profundizar lo suficiente en lo que acontece.

2. Problemas detectados por el terapeuta: independientemente de que el problema que la familia trae identificado sea real o no, sea importante o no, sea consciente o inconsciente, el médico debe indagar en busca de otros problemas esenciales o secundarios.

Un problema secundario puede condicionar o favorecer la aparición de un problema de principios y, por tanto, también se debe tratar de resolverlo. Por supuesto que el médico debe establecer una metodología para detectar estos problemas que pueden estar en los límites psicológicos de la familia, en su permeabilidad, en los límites generacionales, en la distribución de la jerarquía y la significancia, en su estructura, en su cohesión, o en las relaciones afectivas. Todo lo cual se ha sistematizado en lo que se pasa a detallar como categorías dinámicas y estructurales. Entre los problemas que puede detectar también el médico está la ausencia o déficit de recursos intelectuales, afectivos, sociales y económicos.

3. Revisión de categorías dinámicas y estructurales: se trata de ocho categorías creadas para evaluar a la familia y, de esta forma, facilitar el trabajo de todo aquel que intenta ayudarla a obtener un mejor funcionamiento.

a) Límites: esta categoría se refiere a la extensión de la familia, es decir, hasta dónde llega. Es importante saber los límites de la familia, ya que esto nos dará el tamaño de ella, lo cual en muchos casos ya constituye en sí un problema. Una familia muy pequeña o muy grande puede ser motivo de mal funcionamiento o de dificultades operativas. Para el médico de familia será fácil determinarlo, pues la conoce perfectamente. Se puede enfocar de diferentes maneras de acuerdo con el marco referencial que se tenga, pero lo más aceptado es considerar tres tipos de familia: la nuclear, la extensa y la ampliada, explicados al desarrollar la estructura de la familia (véase capítulo 59 “Familia en el ejercicio de la medicina general integral”).

b) Permeabilidad socio-familiar: se refiere a la posibilidad de intervención en la toma de decisiones de la familia por personas o instituciones ajenas a ella. Cuando una familia tiene que tomar una decisión debe tener en cuenta las repercusiones que para la propia familia va a tener esta decisión y en qué medida esto va a repercutir en el medio que la rodea. El balance entre estos dos elementos permite clasificar a las familias en tres grupos:

- Familia impermeable: es aquella que no acepta sugerencias ni consejos de su familia, extensa o aplicada, ni de las instituciones sociales con capacidad y prestigio para hacerlo. No toman en cuenta ni les interesan lo que piensan familiares, amigos o sociedad en general.
- Familias excesivamente permeables: es aquella que no puede tomar decisiones sin previamente consultar a todo el mundo. Viven pendiente del “qué dirán”.
- Familias de permeabilidad moderada: es aquella que acepta sugerencias, que toma las decisiones en función de sus necesidades y tienen en cuenta a los demás.

El primer grupo de familia tiene dificultades, pues choca continuamente con el entorno social, forma a su descendencia con problemas en la socialización y sufre el rechazo de la mayoría.

El segundo grupo confronta enormes dificultades para decidir cualquier cosa y muchas veces debido a ello no resuelve problemas esenciales para la vida. El hecho de pertenecer a uno de estos dos grupos constituye un problema que el médico de la familia debe tener en cuenta en su evaluación. Por supuesto, el más funcional es el tercer grupo.

- c) Límites generacionales: se refieren a la línea de separación entre las generaciones, al tomar en cuenta las funciones, actividades y decisiones que a estas le corresponden. El hecho de pertenecer a una generación no constituye ningún problema. La situación se hace problemática cuando la posición que los miembros ocupan no se corresponde con las funciones inherentes a su generación. A esto se le llama violación del límite generacional, lo cual, a veces, es un problema. Según el grado en que los miembros de la familia se limiten o no a las funciones, actividades y decisiones que le competen a las expectativas tradicionales de su generación, viejo, adulto o niño, y si son congruentes con su posición, abuelos, padres o hijos, se podrá establecer si existen violaciones de límites generacionales. Un ejemplo muy frecuente es el caso de la abuela haciendo funciones de madre, que necesariamente no tiene que ser un problema, pues en muchas de nuestras familias es funcional, pero en otras hay que valorarlo como un problema. Es evidente que el médico de familia puede, mejor que nadie, evaluar esta situación de forma adecuada.

A veces, se pueden ver niñas cumpliendo rol de madre de sus hermanitos, lo que casi siempre no es muy adecuado, ya que esa posición de adulto es muy difícil para ella y a la vez puede ser perjudicial para sus hermanos. Un adulto haciendo el papel de hijo es evidentemente patológico.

- d) Jerarquía: se refiere al grado de participación formal que tiene un miembro determinado en la toma de decisiones de la familia. Se trata de conocer quién decide lo que hay que hacer en la mayoría de las ocasiones, el grado de aceptación que esto tiene en el resto de la familia, si estas decisiones se imponen o se analizan con el resto de los miembros, etc. Se debe determinar quién tiene más jerarquía y si ello es funcional para la familia en cuestión o no.

- e) Significancia: es la importancia y el grado de participación que tiene en las actividades de la vida familiar cada uno de los miembros. Ahora no se trata de quién toma la decisión, sino de la significación que tiene cada miembro en las actividades cotidianas y la importancia que tiene esa participación. Determinar quién tiene la mayor significancia, permite valorar la repercusión que va tener en la familia cualquier acción terapéutica sobre este miembro en particular, pues en la medida en que esa acción terapéutica lo beneficie va a influir positivamente sobre los demás. Un ejemplo práctico se aprecia en la anécdota siguiente: un niño asmático es llevado al alergista, quien determina que el ambiente de la ciudad en que vive es la causa de su padecimiento, por tanto, recomienda a la familia que se traslade a otra ciudad. El padre decide cambiar de centro de trabajo, de vivienda y de localidad. En ese ejemplo se ve claro que el padre tiene la jerarquía, pero la significancia la tiene el niño. A veces significancia y jerarquía están en la misma persona, pero no siempre.

- f) Estructuración (adaptabilidad): es el grado en que la estructura familiar se adapta al medio social o no. Estructura es la organización interna e invisible que establece la interacción entre los miembros. Es decir, cuando la familia está absolutamente desestructurada, caótica, no puede adaptarse a las exigencias de la vida diaria. Asimismo sucede cuando la familia está muy estructurada, rígida, y tampoco se adapta de modo adecuado. Los estadios intermedios, flexibles y estructurados, serán los más adaptados. Esta clasificación fue elaborada por David Olson y ha sido usada, con gran utilidad durante los últimos años, en Cuba. De acuerdo con este criterio, se clasifica a la familia en: caótica, flexible, estructurada y rígida.

- g) Cohesividad: es el grado de involucración emocional con la vida familiar de cada uno de sus miembros. Cuando hay un grado extremo de cohesión entre los miembros de una familia se dice que está amalgamada y cuando no existe ningún grado de cohesión es que está desentendida. Los estadios intermedios son las familias separadas y conectadas. Con este criterio se clasifica a las familias en: desentendida, separada, vinculada o amalgamada.

h) Relación de estructuración con cohesividad: si se relacionan ambas, se tienen 16 tipos:

- Caótica desentendida.
- Caótica separada.
- Caótica vinculada.
- Caótica amalgamada.
- Flexible desentendida.
- Flexible separada.
- Flexible vinculada.
- Flexible amalgamada.
- Estructurada desentendida.
- Estructurada separada.
- Estructurada vinculada.
- Estructurada amalgamada.
- Rígida desentendida.
- Rígida separada.
- Rígida vinculada.
- Rígida amalgamada.

En el modelo circunplejo de Olson se pueden apreciar con más claridad (Fig. 62.1). Según él, es posible establecer que las familias que están en el extremo del modelo, fuera de los dos círculos, son familias con muchas posibilidades de ser disfuncionales o con conflictos serios, estas son: caótica desentendida, caótica amalgamada; rígida desentendida y rígida amalgamada; se les nombra familias extremas. Las del círculo central, flexible separado, flexible vinculado, estructurada separado y estructurado vinculada, son las familias balanceadas y, por supuesto, serán habitualmente funcionales. Las del círculo intermedio son familias de rango medio y pueden ser familias en riesgo.

4. Evaluación de recursos:

- a) Intelectuales: es muy importante establecer el nivel intelectual de la familia, para colocarse a su nivel y que la comunicación sea fluida. Además, si el nivel es alto, no se debe andar con explicaciones obvias y si el nivel es bajo, no hacer reflexiones muy complejas. Es bueno aclarar que al hablar del nivel intelectual no se refiere al coeficiente de inteligencia, sino al nivel cultural o de escolaridad, ya que hay familias muy inteligentes con poca escolaridad. Son los médicos quienes deben adaptarse a ellos, no al revés.
- b) Afectivos: hay familias que disponen de grandes recursos afectivos y el médico puede hacer uso de ellos para motivar la solución de sus conflictos. También es importante saber cuándo estos no existen, ya que entonces es evidente que la situación será más difícil.

c) Sociales: los recursos sociales de la familia son las relaciones que tienen con sus vecinos, amigos, compañeros de trabajo, discípulos, etc. Es lógico que estos recursos proporcionen a la familia gran ayuda en un evento determinado, y el médico puede apoyarse en ellos como coadyuvantes en el tratamiento.

d) Económicos: aunque no son tan importantes como los anteriores, es necesario conocer si disponen de estos recursos pues, en ocasiones, ello en sí constituye un problema. No quiere decir que el médico los pueda resolver, pero debe tenerlos en cuenta para su evaluación.

5. Jerarquización: cuando se hayan llevado a cabo los cuatro puntos anteriores, o sea, se hayan establecido los problemas que plantea la familia, los que detecte el médico, se evalúen las categorías dinámicas y estructurales, y se conozcan los recursos, es necesario darle una jerarquía determinada a cada uno de ellos. De esto depende cuál de todos estos asuntos es el que se va a tratar con prioridad.

6. Integración diagnóstica del conflicto en relación con necesidades no satisfechas. Una vez evaluada la familia, entonces es el momento de establecer una integración diagnóstica del conflicto encontrado, pero con énfasis en las necesidades que no han sido satisfechas, ya que en realidad hacia ello se encamina los esfuerzos y a nada más.

Definición de objetivos y diseño de la estrategia

Planteamientos de objetivos en relación con problemas. Es muy necesario y conveniente establecer qué objetivos se persiguen con la familia en cuestión para no exceder o quedar por debajo de las posibilidades reales. Al hacerlo hay que tener extremo cuidado de no inducir criterios que nada tienen que ver con la idiosincrasia y necesidades de la familia.

Esto se refiere al peligro de llevar a la familia a conseguir una meta que en realidad sería lo que el médico haría y no lo que ella necesita. Para ello es muy útil el concepto “familia ideal”, es ese “ideal” de familia que todos tienen y que, por supuesto, inconscientemente siempre está presente. A veces las decisiones, expectativas, posibilidades y proyectos de esa nuestra “familia ideal” pueden influir en lo que se le propone a la familia en tratamiento. Pero el médico no debe dejarse arrastrar por ello y determinar o decidir qué debe hacer una familia en un determinado caso. Solo le compete evaluar los problemas, las categorías

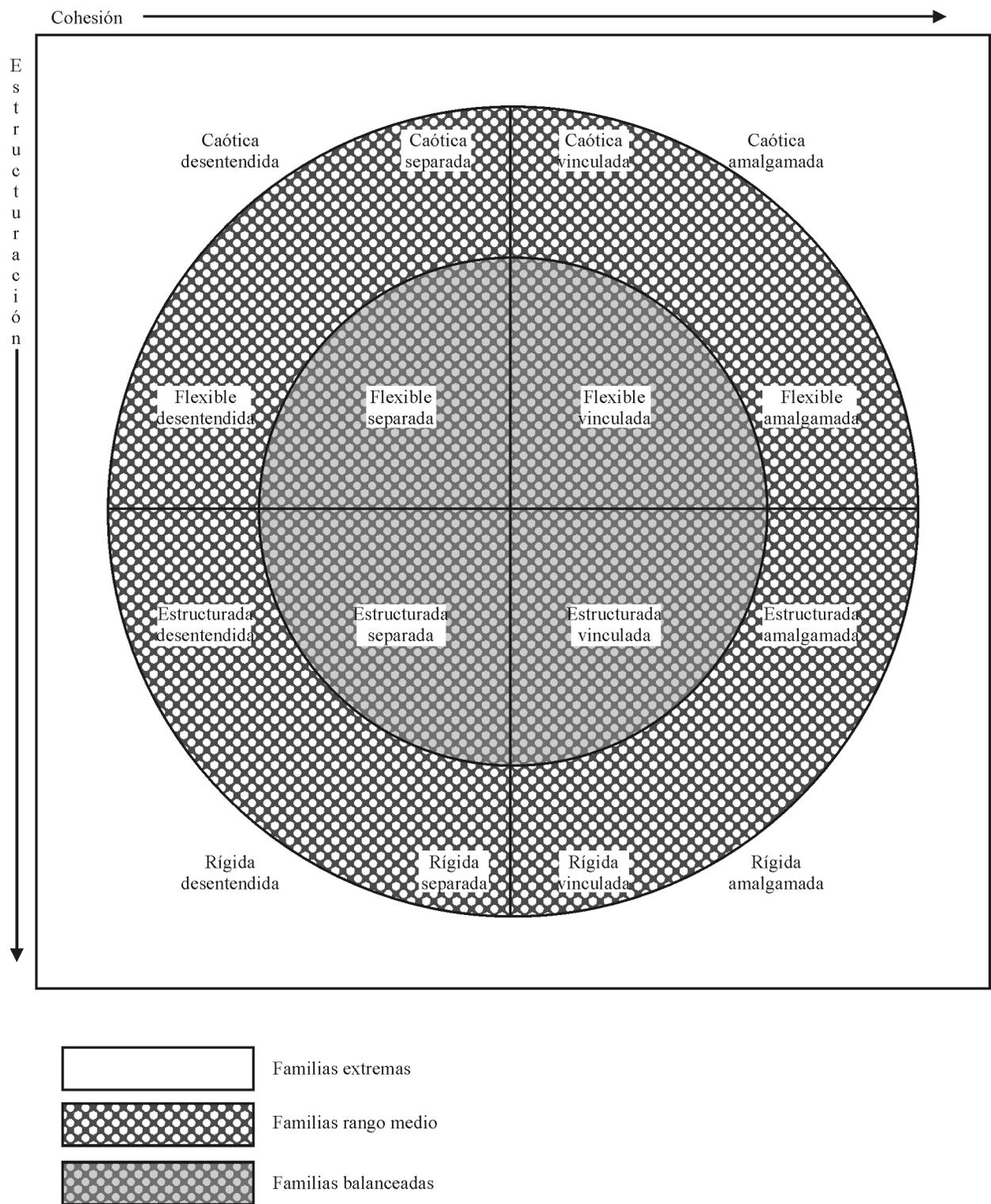


Fig. 62.1. Modelo circunplejo de Olson.

dinámicas, ayudar a aclarar la situación, determinar cuál es el conflicto, intermediar en él, si es posible, y dejar que la familia decida la solución. De esa forma es muy difícil hacer daño.

Los objetivos son: terminales o intermedios y estos, a su vez, pueden ser mediatos o inmediatos. El objetivo terminal, como su nombre indica, es el más importante y que persigue resolver el problema esencial. Por ejemplo: una familia indecisa que por no decidir algo está confrontando dificultades, el objetivo terminal es que decidan lo que deben hacer. Pero la familia no se percató de ello, ya que nunca se ha dedicado a analizarlo; este será el objetivo mediato. Sin embargo, no son capaces de hacer el análisis, debido a que la comunicación entre ellos es enmascarada e indirecta, entonces el objetivo inmediato es aclarar la comunicación, para que sepan cuál es el problema y finalmente lo resuelvan.

La estrategia es definir el uso de "X" recursos, ya evaluados, para manejar "Y" problema, ya jerarquizado, y lograr "Z" objetivo, ya definido, a través de "tal" técnica, ya aprendida.

Esquema para trazar estrategia

Intentos de solución. Ante todo es imprescindible conocer qué intentos de solución ha elaborado la familia. Debe tenerse en cuenta que todas las familias, hasta las más disfuncionales, tienen mecanismos de solución de problemas que han creado de manera espontánea. Si el médico no explora estos intentos anteriores, va a repetir lo que ya quedó demostrado que no es útil, lo cual lo descalifica ante la familia y lo hace perder esfuerzos.

Capacidad de expresión afectiva. Al igual que un individuo tiene determinada capacidad para expresar sus afectos, así hay personas muy expresivas que demuestran siempre lo que sienten y aquellas que les cuesta mucho expresar sus sentimientos. Hay familias que tienen también mucha capacidad expresiva y otras muy poca. La importancia de conocer este detalle radica en valorar las expresiones de una familia de acuerdo con este criterio.

Así, si la reacción es exagerada en una familia muy expresiva, el médico no se debe dejar engañar por las apariencias, y una reacción discreta en una familia con poca capacidad de expresión, será valorada consecuentemente. Aunque quizás, a priori, luzca algo difícil establecer el grado de expresividad, el médico de APS, quien mantiene una relación estable, sistemática y cercana con sus familias, puede hacerlo sin grandes dificultades.

Involucración afectiva. Es necesario diferenciar qué es la capacidad de expresión afectiva e involucración afectiva, ya que esta última se refiere al grado en que los miembros de la familia están involucrados con ella. De cierta manera, esto mide la cohesión a que se refiere el esquema del modelo circunplejo ya descrito. En las familias muy cohesivas, amalgamadas, es fácil lograr que trabajen unidos, pero serán muy difíciles los cambios. En las familias con poca cohesión, será muy difícil que trabajen unidos, pero serán más fáciles los cambios.

Tipo de comunicación prevaleciente. Es el sistema de actividades que mantiene, regula y hace posible las relaciones humanas.

En el estado actual del desarrollo de la ciencia, se pudieran describir innumerables formas de comunicación, pero, para la tarea que ocupa al médico, es suficiente tener en cuenta dos elementos que le permiten evaluarla fácilmente y será de innegable utilidad. Se enfatizará en la dirección y en la claridad. Según su dirección puede ser directa o indirecta y según su claridad puede ser clara o enmascarada. Las posibles combinaciones solo son las cuatro siguientes:

- Clara y directa.
- Clara e indirecta.
- Enmascarada y directa.
- Enmascarada e indirecta.

Con una situación cotidiana se ejemplifican las cuatro. Por ejemplo, hace unos instantes que un matrimonio se ha despertado y la esposa está fea, el esposo puede comunicarlo de estas cuatro formas:

- Claro y directo, qué fea tú estás. Le dijo fea y se lo dijo a ella.
- Claro e indirecto, qué feas amanecen algunas mujeres. Le dijo fea, pero no de modo directo.
- Enmascarado y directo, tú por las mañanas no luces tan bien. Se lo dijo a ella, pero enmascaró el decirle fea.
- Enmascarado e indirecto, algunas mujeres por las mañanas no lucen tan bien. No se lo dijo claro ni se lo dijo directamente.

Es importante determinar qué tipo de comunicación predomina en la familia. No es posible resolver los conflictos, si no se plantean en un lenguaje claro y directo. Por lo general se piensa que la comunicación clara y directa es la más sana. Por ejemplo, se estarán preguntando si un esposo le dice a su esposa fea, aunque en realidad lo sea, todos los días por la mañana, esto

va a terminar mal. Aquí se hace necesario aclarar que aunque la comunicación clara y directa es la más sana, tiene que reunir ciertos requisitos: debe ser necesaria, oportuna, específica, congruente y estable. Es evidente que no es necesario recordarle a la esposa que es fea todos los días. Si fuera necesario decirle a alguien algo desagradable, hay que buscar el momento oportuno y no hacerlo en medio de una reunión de amigos o en un festejo. Debe ser específica, lo que se manifiesta cuando se dice solo lo exacto, ni más ni menos.

Lo congruente se refiere a que cuando se comunica algo triste uno no se debe reír, ni llorar cuando se expresa algo alegre. Lo estable es que no se debe, ante un mismo hecho o acontecimiento, expresar una opinión en una ocasión y en otra lo contrario. Es evidente, entonces, lo importante que resulta conocer el tipo de comunicación prevaleciente en la familia.

Roles. Se analizan dos tipos de roles: los tradicionales y los idiosincrásicos. Los roles tradicionales son aquellos, como indica la palabra, que le vienen dados a la familia por la tradición y la cultura. El rol de padre, madre, hermanos, hijos, abuelos, tíos, etc. Lo importante es ver en qué medida se cumplen estos roles en la familia en cuestión y los problemas que se crean por ello. Los roles idiosincrásicos son aquellos que la familia crea y así surgen “el inteligente” y “el bruto”, “el bonito” y “el feo”, “el simpático” y “el pesado”. Muchas veces, lo cual es aún peor, estos roles se le atribuyen a alguien y no se corresponden con la realidad. Recuerdo siempre a una madre que trajo a su hijo a consulta porque era tan “bruto” que se ganó una beca para estudiar física nuclear y lo comparaba con su hermano que era tan “inteligente” que al obtener malas notas en la secundaria decidió no continuar en el preuniversitario. Ejemplos como ese dan la idea de cómo se puede distorsionar la realidad y crear un verdadero mito, con sus funestas consecuencias.

Subsistemas. Algo que puede crear dificultades en el funcionamiento de una familia es que existan subsistemas dentro del sistema familiar. Estos subsistemas pueden ser de dos clases: las alianzas y las coaliciones. Las alianzas son aquellos vínculos que se establecen entre unos miembros, pero no son para combatir a los otros miembros; se pueden calificar como subsistemas positivos. Las coaliciones son subsistemas que se crean para combatir contra otra coalición y generalmente producen efectos negativos.

A continuación se relacionan algunos conceptos sobre la teoría de los sistemas.

Se entiende por sistema al conjunto de elementos dependientes que se interrelacionan y que al unirse presentan características nuevas y distintas. Posee

organización interna. Tiene funciones con objetivos específicos. Posee retroalimentación y control. Si se le aplica este concepto a la familia, se ve cómo esta cumple totalmente con todos los elementos. De acuerdo con ello, las familias se clasificarán en:

– Familias con sistema abierto:

- Comunicación: clara, directa, oportuna, necesaria, específica, congruente, estable.
- Reglas: humanas, cambian cuando aumentan las necesidades, actualizadas, con libertad de comentario.
- Resultado: apropiado, constructivo, relacionado con la realidad.

– Familias con sistema cerrado:

- Comunicación: enmascarada, indirecta, innecesaria, inoportuna, inespecífica, incongruente, culpígena.
- Reglas: fuera de tiempo, inhumanas, necesidades de cambio que se conforman a las reglas establecidas.
- Resultado: accidental, caótico, inapropiado, destructivo.

Autonomía. Hay dos enfoques de la autonomía. En primer lugar, a la autonomía que la familia tiene como sistema con respecto al macrosistema social. Como célula fundamental de la sociedad, puede tener determinado grado de autonomía y así se tienen familias excesivamente autónomas que no toman en cuenta su pertenencia al entorno social en que se desenvuelven. Desde otro punto de vista, son las familias impermeables que se describieron antes. Lo contrario son las familias sin autonomía y que dependen de forma absoluta del entorno, son las familias muy permeables.

El otro enfoque es el que se refiere a la autonomía que la familia como sistema les concede a sus miembros. Habrá así familias muy abiertas muy poco controladoras, con reglas flexibles y otras que serán exactamente lo contrario.

Control. El control que la familia ejerce con sus miembros va a estar en relación directa con la autonomía. Ese control puede ser rígido y no permitir ni la más mínima autonomía o ser flexible y dar la autonomía necesaria para un desarrollo armónico de todos. La ausencia de control es lo peor que pueda suceder, ya que un sistema sin control pierde una de las cualidades que lo caracterizan y, por supuesto, se desmorona. Un control caótico, o sea, que se ejerce unas veces y otras no, es evidentemente incongruente y negativo.

Reglas familiares. Valorar cómo se manifiestan las reglas en la familia reviste gran importancia. Lo ideal es que las reglas sean humanas, lo cual quiere decir

que cambian cuando aumentan las necesidades. Si surge una situación que impide el cumplimiento de la regla, esta se puede modificar en función de la persona. Debe estar actualizada, o sea, que estén acordes con el momento en que vive la familia. Un ejemplo contrario sería obligar a una joven a salir con su novio acompañada de “chaperona” en el momento actual. Deben permitir libertad de comentario, lo cual se refiere a la posibilidad de discutir la regla en familia y adecuarla a las necesidades de cada miembro.

Familiograma

Ahora bien, en función de tratar de establecer una manera gráfica de caracterizar a la familia en cuestión y nunca con el ánimo de que esta sea la representación exacta de ella se sugiere utilizar un esquema de famiograma que puede consultar en el capítulo 59 “Familia en el ejercicio de la medicina general integral”. Este podrá ser utilizado a manera de guía de la evolución y como elemento comparativo para algunos de los problemas que se intenta resolver.

Técnica para orientar a la familia

Proceso de intermediación

Es un proceso grupal que puede modificar las relaciones de poder en los grupos y, por ende, es de particular interés su aplicación en la psicoterapia de grupo y en la familiar.

Mucho se ha discutido acerca de dónde radica el efecto terapéutico de la relación terapeuta-paciente. ¿Cuál es la fuente del poder terapéutico?

El criterio más antiguo afirma el *insight*, y el proceso tendente a hacer consciente lo que era inconsciente constituye la fuente clave. Actualmente hay suficientes elementos de juicio, tanto teóricos como prácticos, para poder afirmar que no basta solo con eso.

Al surgir las modalidades grupales de psicoterapia, se pone de manifiesto que el terapeuta tiene una función muy importante como intermediario en los conflictos que surgen entre los miembros de un grupo o de una familia. Ahora bien, para realizar esta función, ese mediador tiene que ser designado como tal a tener la suficiente habilidad para asumir ese rol, a pesar de que no haya sido elegido, y de mantenerlo, aunque se hagan intentos por arrebatárselo. Gran parte del poder del terapeuta radica en la capacidad que este tiene para definir la relación terapeuta-paciente y para controlar el proceso de intermediación, fenómeno de los sistemas

sociales que surge en particular como secuela del conflicto y que puede definirse de la manera siguiente: es el proceso que modifica la interacción de los miembros de un grupo por el cambio de actitudes de los protagonistas en un conflicto, debido a la influencia de otro miembro o terapeuta designado como intermediario.

Este proceso presupone que el conflicto constituye una fase característica e inevitable de la vida grupal y que a quienes participan les resulta conveniente tomar medidas, secreta o públicamente, para verificar su magnitud. Una de las medidas es la búsqueda y selección de un participante con poder para mediar. El poder de este intermediario, para modificar la naturaleza del conflicto, la posición de los participantes entre sí y también para promover un cambio en las actitudes en cada uno de estos, no ha sido estudiado lo suficiente en el campo de la psicoterapia ni en otras áreas donde el proceso de intermediación se realiza, por ejemplo, en las relaciones entre gobiernos, entre las diferentes empresas, organizaciones sociales, así como entre los miembros.

Es evidente que el proceso de intermediación tiene consecuencias para otras terapias, además de la terapia familiar, y que puede ser utilizada con magníficos resultados en la psicoterapia de grupo, ya que los conflictos que surgen en este tipo de terapia, aunque no tienen el arraigo y la importancia que tienen en la familia, es conveniente y necesario resolverlos.

Los trabajadores sociales pueden y deben, en muchas ocasiones, asumir la función de intermediarios entre el paciente y la comunidad o entre la familia y la comunidad.

En la terapia familiar, el conflicto no surge entre desconocidos, sino entre individuos que tienen una larga historia de interrelaciones mutuas y que ya han elaborado un proceso complejo para la mediación o la seudomediación de conflictos. Por ello, la función del terapeuta en terapia familiar es mucho más difícil, aunque también mucho más eficaz, debido a que tiene que introducirse en esta situación prefabricada y, en ocasiones, fuertemente estructurada. Deber hacer uso de sus conocimientos y experiencia para lograr los cambios necesarios en las posiciones de los participantes, y evitar el uso que la familia pretende hacer de él para resistirse al cambio.

Se puede describir el proceso de intermediación con la secuencia siguiente:

1. Se plantea un problema concreto.
2. Alrededor de ese problema concreto surge un conflicto, ya que un miembro de la familia o varios tienen una posición contradictoria con los otros

miembros. Al haber un conflicto y dos bandos cada uno de ellos se convierten en protagonistas.

3. Aparece un intermediario que puede ser el terapeuta o un miembro de la familia. En este momento se define la relación de poder, ya que si la asunción del rol de intermediario no es controlada por el terapeuta, este pierde el poder terapéutico.
4. Se realiza la intermediación propiamente dicha para definir, y delimitar los roles y posiciones de cada protagonista. La esencia de la intermediación, entendemos nosotros, radica en el cambio de actitudes de los participantes en el conflicto.
5. Solución del conflicto, debido al cambio de posiciones de los participantes, con una redefinición del conflicto o con ambas cosas. En Cuba se considera que rol de mediador, rol de intermediario y proceso de intermediación son conceptos muy relacionados entre sí, contenidos unos dentro de los otros, pero no iguales.

El mediador participa entre dos contendientes, evita que se usen armas prohibidas, se hagan trampas, se violen las reglas, etc. En psicoterapia familiar es necesario, muchas veces, “mediar” de esa manera.

El intermediario no solo media, sino que trata de modificar las posiciones de los protagonistas en el conflicto, de manera que este se resuelva, se redefina o ambas cosas.

El rol de mediador está incluido en el rol de intermediario y ambos, en el proceso de intermediación. Además, en el proceso de intermediación están incluidos los protagonistas.

En psicoterapia familiar, el poder terapéutico lo tiene aquel que controla el proceso de intermediación. Para controlar este proceso hay que estar muy alerta, para evitar que la familia realice maniobras con el fin de mantener el *status quo*, al negar o delimitar el poder del terapeuta para mediar en el conflicto.

El cambio genera angustia, por tanto, va a ser rechazado de manera inconsciente por la familia. Una forma de no cambiar es boicotear la intermediación, al impedir que el terapeuta controle este proceso. Él está en condiciones de introducir problemas como fuentes potenciales de conflicto. Al tomar la iniciativa en tal sentido, demuestra tener control del proceso de intermediación. Debe observar cuidadosamente a la familia para averiguar si un problema crea de hecho un conflicto, y luego, si este produce protagonistas.

Debe decidir cuál será su propia orientación frente a los acontecimientos, esto es, debe determinar entonces si ha de intervenir en el conflicto con el rol de

intermediario o no. El terapeuta puede resolver desde el comienzo intervenir en el conflicto como intermediario, pero a veces las ventajas terapéuticas aumentan si lo hace después de transcurrido algún tiempo.

En la medida en que el proceso de intermediación se desarrolla como consecuencia del conflicto, el terapeuta y los miembros de la familia se establecen como protagonistas o intermediarios. Sobreviene, entonces, una lucha con respecto a la definición y delimitación de sus posiciones respectivas, aunque pueda haberle dado atribuciones para actuar como tal; los protagonistas, a menudo, toman medidas para negar o delimitar severamente el poder del intermediario. Puede definírsele como la persona capaz de “detener la pelea”. En la medida en que el terapeuta queda definido de esta manera y acepta esta definición, su poder se ve limitado.

Al intermediario le incumbe ampliar los límites de su poder, de ser necesario, incluso para señalar y destacar los temores y ansiedades o las expectativas recíprocas de los protagonistas. El intermediario puede delimitar su propio rol en beneficio de la acción terapéutica, al llegar a la conclusión de que los protagonistas le permiten excesiva libertad con la esperanza de que llegue a confundirse, en cuanto a los cambios específicos que puede exigir de ellos para resolver el conflicto.

Si el proceso de intermediación es “algo más que” el papel de intermediario, del mismo modo el rol de intermediario es “algo más que” lo asociado con el de mediador. De manera típica el mediador de la familia es una persona que reclama ese papel y lucha por conseguirlo. La función de intermediario puede no solo pasar de un participante a otro, sino que quien actúa como tal puede negar específicamente que lo haga.

El intermediario puede:

- Ser activo, intruso y confrontador.
- Ser inactivo y pasivo.
- Atacar a los participantes para convertirlos en protagonistas.
- Señalar con serenidad una diferencia entre dos participantes.
- Negarse a tomar partido en una disputa.
- Presentar un nuevo punto de vista en una discusión.
- Apoyar a uno contra otro más fuerte, intencionalmente.

El papel de intermediario posee un considerable poder terapéutico potencial, pues los protagonistas, como ocurre en otras áreas en que funcionan intermediarios, lo autorizan a lograr ciertos cambios en sus posiciones. La aceptación de una persona como intermediaria

revela en sí misma la disposición a modificar posiciones fijas. Sin duda, cada protagonista espera que el otro haga mayores concesiones. Cada uno de ellos confía en que el intermediario actuará, sobre todo, en defensa de sus intereses y contra el protagonista opositor.

Este conocimiento constituye una ventaja para el intermediario, quien entonces puede oponer a los protagonistas entre sí, con el propósito de lograr cambios significativos que considera terapéuticos. El intermediario puede presentar iniciativas que no han sido sugeridas por los protagonistas opositores como soluciones posibles, y también, ejercer poder terapéutico para postergar o apresurar su arbitraje.

En el tratamiento a la familia, el proceso de intermediación puede efectuarse tanto por el terapeuta como por la familia. En su manejo del proceso, el terapeuta tiende a modificar a la familia, y la familia intenta mantener su *status quo*, ofrece resistencia y socava los intentos de él por modificarla. Las descripciones que se ofrecen a continuación ilustran la manera en que el terapeuta puede utilizar el proceso de intermediación, como una técnica destinada a provocar el cambio en la familia y, también, cómo puede la familia emplearlo para resistirse a ese cambio.

Estas descripciones simplemente sugieren que el cambio terapéutico puede ser consecuencia de la hábil aplicación del proceso de intermediación por parte del terapeuta y, también, que dicho proceso, cuando la familia lo maneja con habilidad, puede constituir una importante resistencia.

Tipos de proceso de intermediación

- Variante 1: un miembro de la familia como intermediario y los demás como protagonistas.
- Variante 2: un miembro de la familia como intermediario, y otros miembros y el terapeuta oponiéndose unos a otros como protagonistas.
- Variante 3: el terapeuta como intermediario y los miembros de la familia como protagonistas.
- Variante 4: el terapeuta como intermediario, y la familia y un agente de la comunidad como protagonistas antagónicos.

Variante 1

Constituye una interacción común en la terapia familiar, observada a menudo en padres que desean provocar desacuerdos entre sus cónyuges e hijos con el propósito de preservar para sí mismos un rol de intermediarios benevolentes. La madre explica las dificultades entre el padre y los hijos: alguien tenía que

mantenerlos separados. La madre tuvo que asumir ese rol. Se queja quizás con amargura de tener que interceder continuamente. Esta es una situación en que la madre emplea el proceso de intermediación para controlar las relaciones entre su esposo y sus hijos. En las entrevistas asume el rol de intermediaria no solo entre esposo e hijos, sino también entre estos y el terapeuta.

Al inicio del tratamiento, el terapeuta suele recurrir a la madre para comprender mejor la situación y canalizar la orientación a la familia, pero a veces comete el error de considerarla su aliada. En realidad, ella puede socavar seriamente los esfuerzos del médico, ya que como intermediaria es capaz de alterar y modificar sus mensajes a la familia. Esta madre puede ser la resistencia más fuerte al cambio dentro de la familia.

El terapeuta puede utilizar, por lo menos, tres maniobras terapéuticas con la familia descrita:

- Definir a la madre como protagonista en un conflicto con otro miembro de la familia, por ejemplo la hija, y luego señalar e interpretar sus intentos posteriores para recuperar el papel de intermediaria.
- Alentar a otro miembro de la familia para que adjudique a la madre el rol protagónico-opositor.
- Designar y apoyar a un miembro de la familia, que no sea la madre, para que desempeñe el papel de intermediario y luego confrontarla con sus esfuerzos para recuperar ese error.

En estas maniobras, se explora la forma en que la familia utiliza el proceso de intermediación. Cada una de ellas permite, en cierta medida, poner de manifiesto y limitar el control y la conducción de la intermediación por parte de la madre.

Variante 2

También un miembro de la familia como intermediario y los otros miembros y el terapeuta como protagonistas opositores, constituyen una interacción bastante común en la terapia familiar. En la práctica se manifiesta de la manera siguiente: un miembro de la familia opone a otro miembro contra el terapeuta, para reducir la capacidad de este último para intermediar y modificar a la familia. Uno de los ejemplos más frecuentes se produce en familias que tienen hijos pequeños con problemas de conducta, en las cuales se manifiesta una tendencia a enfrentar a los niños con el terapeuta, mientras los padres asumen el rol de intermediarios.

Los padres afirman que los hijos son ruidosos, indisciplinados, agresivos, etc., y sugieren de manera sutil e indirecta que el terapeuta se haga cargo del manejo de

los niños. Esto es muy riesgoso, porque a menos que el terapeuta maneje también el secreto apoyo que los padres dan a la conducta de los hijos, es posible que quede atrapado en una situación que lo lleva a dedicar varias sesiones a fin de conseguir que los niños presten atención.

Es una forma de asumir el rol de intermediario, por los padres, lo que proclama su ineficiencia. Se trata, en este caso, de retar al terapeuta y enfrentarlo a los niños, con lo cual se menoscaba su autoridad y capacidad.

Existen dos maneras de enfrentar esta situación:

- Negarse a aceptar su ineficiencia y señalarle a los padres su intención de sabotear la terapia al utilizar a los hijos contra él. Esta posición no resulta adecuada, ya que en este medio se va a interpretar como prepotencia o falta de “tacto” por parte del terapeuta.
- Organizar sesiones con los padres y los hijos por separado, para explorar mejor la naturaleza de su alianza secreta y terminar con ella.

En la práctica se procede de la manera siguiente: se le indica a los padres que salgan del consultorio y el especialista queda a solas con los niños, estos esperan reprimendas, regaños o castigos por parte del médico. Muy al contrario, hay que establecer una relación afable y amistosa, inclusive jugar con ellos. Los padres, fuera del consultorio, tienen la expectativa de que los niños se van a comportar muy mal, como de costumbre. Luego se hace salir a los niños y se entrevista a los padres; entonces, se les señala que es su presencia la que condiciona la mala conducta de los hijos. De esa manera, mucho más sutil, queda expuesta su resistencia al cambio.

Variante 3

Constituye, en nuestra opinión, la más ventajosa para el terapeuta, en cuanto a sus esfuerzos para lograr un cambio. El principal problema consiste en no dejar que la familia le adjudique un rol rígido de intermediario, como podría suceder si el terapeuta se convierte en “el juez familiar” o “el consejero familiar”. El terapeuta cuenta con una serie de recursos para contrarrestar esta situación puede hacer interpretaciones o reflexiones sobre el conflicto, para evitar así la participación directa.

Si la familia intenta convertirlo en juez, y le pide que manifieste quiénes tienen la razón, puede negarse a ello diciendo que ese no es su papel o, más sutilmente, asumiendo la posición de no tener la autoridad suficiente para hacerlo.

Otra forma de disminuir el poder del terapeuta es, por ejemplo, cuando un padre utilizó el recurso de iniciar discusiones con él. Por ejemplo, se oponía a un comentario hecho por el terapeuta, lo dividía en partes y cuestionaba la validez de cada una de ellas. La táctica usada consistió en establecer que la discusión no constituía una de las funciones del terapeuta. Cada vez que este intentaba una controversia, el terapeuta sonreía con comprensión y decía que no podía responder porque no le incumbía discutir. El padre, entonces, sonreía reconociendo de mala gana que debía someterse a esa decisión. Otra forma de despojar al terapeuta de su poder de intermediario es atribuirle el papel de consejero. Téngase en cuenta que cuando alguien pide consejo está casi siempre pidiendo aprobación a lo que ya tiene decidido. Si usted cae en la trampa de aconsejar, se hace responsable, si es que coincide con la decisión ya tomada, por el futuro. Si usted no coincide con la decisión ya tomada, pierde prestigio ante el aconsejado. Por tanto, en terapia no se debe aconsejar. Esta variante permite ser bien claros desde muy tempranamente en el proceso terapéutico, de que el papel no es discutir ni juzgar.

Variante 4

Para explicar esta variante se expone el ejemplo siguiente:

Una familia va a la consulta porque uno de sus hijos se negaba a asistir a la escuela. Se necesitó poco tiempo para establecer una conexión entre la negativa del niño y el temor que la madre experimentaba ante la posibilidad de separarse de él. Se resistía físicamente a todo esfuerzo por enviarlo, entonces los padres desesperados descargaban el problema en el terapeuta. Los padres tendían a percibir al terapeuta como un aliado que los libraría de las continuas exigencias de la escuela. El terapeuta llegó a la conclusión de que debía abandonar el rol de coprotagonista con los padres contra las autoridades escolares, por tanto, manifestó que el niño estaba en condiciones de regresar a la escuela y que ellos debían utilizar los medios posibles para asegurar que así fuera.

En caso de no lograrlo, sería sometido a la acción disciplinaria de la escuela. Al mismo tiempo, manifestó que trabajaría con los padres y las autoridades escolares para coadyuvar al regreso del niño a la escuela. Así se definió a sí mismo como una tercera fuerza (interme-

diario) entre los padres y la escuela. Estableció bien claro a padres y maestros que no aceptaba lo que ambos habían esperado: “curar al niño”.

Consideraciones

Mediante la intermediación se resuelven los conflictos para una atención eficaz de este proceso, al definir cuándo, en qué forma y en cuál conflicto se asume el rol de intermediario o va a designar a un miembro de la familia como tal, pero bajo control. Se ha comprobado, en la práctica de 25 años haciendo terapia familiar de manera sistemática, que el proceso de intermediación es la esencia de este método terapéutico. Se puede usar desde la primera entrevista, ya que sirve tanto para explorar y evaluar a la familia como para lograr la modificación de las interacciones familiares. Si los conflictos son resueltos, entonces mejorará la interacción y todas las dificultades secundarias.

Haley plantea que el terapeuta asegura el cambio cuando “fuerza” una posición dominante en la medida en que controla la relación, decide cuáles van a ser sus metas y bloquea los esfuerzos del paciente por socavar su control. No basta la habilidad para crear situaciones paradójicas.

La terapia familiar es una transacción entre un terapeuta y dos personas o más que tienen una relación mutua.

El terapeuta dirige cuando:

- Tantea “válvulas de escape”.
- Expone esfuerzos por negar.
- Alienta a manifestar el desacuerdo actual.

- Alienta a manifestar el conflicto entre los presentes.
- Selecciona disensiones dignas de debate.

Bibliografía

- Bethea, L. (1999). Primary Prevention of Child Abuse. American Family Physician. March 15.
- Canessa, P. (1997). Manual para la educación en salud integral del adolescente de OPS/OMS. sn., sl.
- Marique, R. (1998). Familia y sociedad, su papel en la atención primaria. En *Psiquiatría en Atención Primaria* (ed. José Luis Vázquez Barquero). Editorial Grupo Aula Médica S.A., Madrid.
- Martínez, G.C. (2000). *Maltrato psicológico infantil. En qué tiempo puede cambiarse la mente de un niño*. Editorial Abril, La Habana.
- Martínez, G.C. (1995). Mitos cultura y familia. En 7º Congreso Mundial de Terapia Familiar. Guadalajara.
- Martínez, G.C. (1981). Psicoterapia familiar, monografía. *Rev. Actualidad en Psiquiatría*.
- Martínez, G.C. (1993). Terapia Familiar en un caso de Maltrato Infantil. En Memorias del Primer Congreso Iberoamericano sobre el Maltrato Infantil. FICOMI, México.
- Martínez CG (2001): Enfoques para un debate en salud Mental. MINSAP-Cooperación Italiana La Habana.
- Martínez CG (2003). *Salud Familiar*. 2da ed. Editorial Ciencia y Técnica, La Habana.
- Martínez, G.C. (1997). Violencia Intrafamiliar. En Memorias del Seminario de FLCOMI. Universidad Pedagógica Nacional, México, D.F.
- Olson, D.H. (s.f.): Family Inventories. Compendio, Family Social Science University of Minnesota.
- OPS/OMS (1998). Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes de las Américas. sn., sl.
- Virseda, J.A. (1995). La salud y el terapeuta familiar. *Psicología Iberoamericana*, 3 (1): 56-60.
- White, M., y D. Epston. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Editorial Paidós, Barcelona.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica* Editorial Gedisa S.A., Barcelona.



ORIENTACIÓN FAMILIAR PARA PROMOVER SALUD

Cristóbal Martínez Gómez

Uno de los principales problemas de salud y motivos de consulta en la atención primaria lo constituyen las preocupaciones y situaciones de la esfera de las relaciones humanas y la salud mental. En este sentido, se debe hacer énfasis en la promoción de salud y la prevención. El presente capítulo tiene como objetivo brindarle al médico de familia, elementos para orientar a las familias cómo promover la salud y prevenir la aparición de trastornos.

Para contrarrestar los factores de riesgo

Todas las familias modernas sufren las tensiones y presiones de la sociedad. No obstante, algunas logran criar niños que confían en sí mismos y que son capaces de manejar con éxito un ambiente difícil. Los sociólogos opinan que vivir en un barrio donde abundan los delincuentes es un factor importante para estimular delincuencia en los niños. Sin embargo, hay familias que viven en esos vecindarios y que no tienen hijos delincuentes, y otras sí. El psicoanálisis explica estas diferencias al plantear que se trata de una deficiencia en el funcionamiento psíquico, que se manifiesta en el desarrollo de su Yo o en los controles del super-Yo. Parece más acertado que es la interacción familiar la que influye de manera positiva o negativa en el comportamiento de los niños, y que la familia es la variable crítica que interviene entre la sociedad y el individuo.

El sistema familiar es el principal contexto de aprendizaje para la conducta, los pensamientos y los sentimientos individuales. Cómo enseñan los padres a un niño, es tan importante como qué le enseñan. La teoría familiar postula que las fuerzas exteriores son trascendentes porque afectan a los padres, por ejemplo, si los padres están desilusionados uno del otro, se

sienten molestos, confusos, vacíos y desesperanzados, cualquier tensión exterior tendrá un impacto mucho mayor. Si los cónyuges no integraron lo que aprendieron en sus propias familias, les será difícil lograr una interacción matrimonial que les permita dar mensajes claros y consistentes a sus hijos.

Enfoque de resiliencia

Este enfoque muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no encuentran a una familia inerte, en la cual se determinarán daños. Describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que estas fuerzas no actúen libremente y, a veces, las transforman en factor de superación de la situación difícil. Para mayor claridad es necesario definir qué se entiende por factor de riesgo y factor protector, según nuestra posición.

Factor de riesgo. Es cualquier característica o cualidad de una persona, familia o comunidad que se sabe unida a una elevada probabilidad de dañar la salud.

Factores protectores. Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Se pueden clasificar en externos e internos. Los factores protectores externos son: una familia extensa, apoyo de un adulto significativo, integración social y laboral, etc. Los factores protectores internos son: autoestima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse y empatía, entre otros.

Individuos resilientes. Son aquellos que al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar los factores protectores para sobreponerse, crecer y desarrollarse adecuadamente, y llegan a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. Uno puede estar más, que ser resiliente. Lo cual nos permite afirmar que no es que la persona o familia resiliente esté todo el tiempo poniendo de manifiesto su resiliencia, sino que, en aquellos momentos de riesgo, los factores protectores son usados con efectividad para salir airosos de la situación. La resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo. Ejemplos de personalidades con una resiliencia evidente son Demóstenes, Jean Piaget, Rigoberta Menchú, Ana Frank, Truman Capote, José Martí.

En un estudio realizado por Werner a personas desde recién nacidos hasta los 40 años, este creó el concepto de “niños invulnerables”. Después vio que el concepto de invulnerabilidad era un tanto extremo y lo modificó por el de “capacidad de afrontar”. El adjetivo resiliente, del inglés *resilient*, expresa esta cualidad, y el sustantivo resiliencia expresa esta condición. Se han hecho por diferentes autores definiciones variadas de este término así tenemos:

- Habilidad para resurgir de la adversidad, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.
- Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos.
- Distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción y la capacidad de forjar un comportamiento positivo pese a las circunstancias.
- Es un concepto genérico que se refiere a una gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia.
- Significa, asimismo, una combinación de factores que permiten a un niño o ser humano, afrontar y superar problemas de la vida y construir sobre ellos.
- Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas. Esta última es la que se considera más conceptual.

Grotberg ha creado un modelo que caracteriza a un resiliente a través de la posesión de condiciones que en el lenguaje se expresan diciendo: “yo tengo”, “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”. De acuerdo con ese modelo se pueden detectar estas expresiones que caracterizan a un resiliente:

Tengo:

- Personas en quien confío y que me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- Personas que me muestran, por medio de su conducta, la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo, o en peligro o cuando necesito aprender.

Soy:

- Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto (como dijo Martí).
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- Capaz de aprender.
- Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

Estoy:

- Dispuesto a responsabilizarme con mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.
- Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- Rodeado de compañeros que me aprecian.

Puedo:

- Hablar sobre las cosas que me asustan o me inquietan.
- Hallar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- Sentir afecto y expresarlo.

Perfil de un niño o adolescente resiliente

Este perfil está compuesto por cuatro elementos esenciales:

- Competencia social: incluye cualidades como: estar listos para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos prosociales y sentido del humor.
- Resolución de problemas: capacidad para resolver problemas desde la niñez temprana. En la adolescencia capacidad de jugar con ideas y sistemas filosóficos.

- Autonomía: sentido de la propia identidad, habilidad para poder actuar independientemente y control de algunos factores del entorno.
- Sentido de propósito y de futuro: expectativas saludables, motivación para los logros, sentido de la anticipación, anhelo de un futuro mejor.

Atributos para ser resiliente

En el *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia* publicado por la OPS se describen, además:

- Atributos personales. Control de las emociones y de los impulsos, autonomía, sentido del humor, alta autoestima, empatía, capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, cierta competencia cognitiva y capacidad de atención y concentración.
- Condiciones del medio. La seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado, la relación de aceptación incondicional de un adulto significativo y la extensión de redes informales de apoyo. Además, se plantean una serie de acciones que promueven la resiliencia en distintas edades y que pueden hacer los padres en ese sentido.

Para promover los factores protectores se debe:

Durante el embarazo y el parto.

- Comunicarse a menudo con el feto, hablarle con voz suave.
- Cantarle, exponerlo a música suave, adecuada al medio sociocultural en que está creciendo estimula la asociación entre el desarrollo del centro de sensibilidad musical y el de capacidad lógico-matemática.
- Acariciarlo a través del vientre.
- Alimentarse adecuadamente.
- Prepararse para una lactancia exclusiva y prolongada.
- Incluir al padre y a los hermanos en estas acciones.
- Preparar a la familia para la llegada del nuevo miembro.

Recién nacido. El nacimiento es una de las crisis que el ser humano tiene que enfrentar. Es una verdadera prueba de resiliencia biológica y psicológica. Implica cambios de temperatura, ruidos, luz, aire, manipulación; tener que respirar, comer, digerir, etc. Solo tiene algo que lo une a la seguridad de la etapa anterior: el latido del corazón materno. Este cambio coexiste con una crisis de transformación de la madre. Además, es también una etapa importante para la familia en la que tendrán que asumirse nuevos roles: padre, madre, hermano, abuelo, etc.

Se recomienda que los padres cumplan las acciones siguientes:

- Presencia del padre en el parto y periodo perinatal.

- Abrazar al niño antes de que corten el cordón.
- Colocar al recién nacido entre los senos.
- Iniciar lactancia cuanto antes, para aprovechar el valor inmunitario del calostro.
- Dar masajes rítmicos al niño, muy suaves.
- Hacer que su mirada se encuentre con la de la madre, en cuanto esté alerta.
- Hablar al niño usando palabras melódicas y tranquilizadoras.
- Mantener al recién nacido al lado de la madre.
- Incorporar al niño rápidamente al seno familiar.
- Incluir al padre en las tareas de estimulación e higiene.

Niño de 0 a 3 años de edad. El vínculo del niño con su madre, indispensable para su desarrollo, se fortalece con la lactancia materna. A través de la lactancia el bebé recibe no solo el alimento que le permite subsistir, sino también el afecto materno. El niño necesita de afecto incondicional, aquel que perdura sin exigencia, que no depende de su comportamiento. Ese afecto incondicional es, posiblemente, el pilar fundamental de la resiliencia.

Durante sus primeros años el niño comienza a desarrollar la sensación de confianza básica, como sentimiento positivo hacia el mundo. Se genera la sensación de que los demás lo cuidan. De ese modo aprende a confiar en los cuidados que le brindan y en el afecto que le dan, y permite que en el niño también surja la confianza en sí mismo.

En este periodo, los padres deben:

- Proveer amor incondicional, expresarlo física y verbalmente, ya sea tomándolo en brazos, acunándolo, acariciándolo, o usando palabras suaves para calmarlo, confortarlo y alertarlo a que se calme por sí mismo.
- Proveerle lactancia materna como alimentación exclusiva 6 meses y extenderla hasta el primer año.
- Reforzar reglas y normas y utilizar la supresión de privilegios y otras formas de disciplina que no lo humillen, dañen o expresen rechazo.
- Modelar comportamientos que comuniquen confianza, optimismo y fe en los buenos resultados.
- Alabarlos por logros y progresos.
- Estimularlos para que intenten hacer cosas por sí mismos con un mínimo de ayuda de los adultos.
- Reconocer y nombrar los sentimientos del niño.
- Usar el desarrollo del lenguaje.
- Prepararlo para situaciones desagradables o adversas.
- Estar alertas a su propio temperamento para calibrar cuán rápida o lentamente introducir cambios.

- Contrapesar la necesidad de exploración con apoyos seguros.
- Ofrecer explicaciones junto con reglas y disciplina.
- Darle consuelo y apoyo en situaciones de estrés y riesgo.
- Proveer un ambiente muy estable, pero con novedades.
- Cambiar y modificar la mezcla de libertad y seguridad, de acuerdo con lo que indiquen progresivamente sus reacciones.

Niño de 4 a 7 años de edad. El niño en esta etapa es muy activo. Gradualmente el juego con los pariguales desplaza el juego solitario. El juego de roles permite revivir situaciones, resolver conflictos y anticipar conductas. Es muy curioso e indagador. Como a los 5 o 6 años se identifica con el padre del mismo sexo. Precisa de un maestro cuyo afecto no esté condicionado a sus logros escolares. El afecto con los pares está más condicionado a la presencia de características valoradas por el grupo. Aumenta de manera gradual sus posibilidades de relación y de comprensión del sentido de los límites puestos como cuidado y protección. Para ello es necesario que los límites sean razonables y no dependan de la arbitrariedad del adulto. Las frustraciones intensas sin sentido, generan desconfianza, inhibiciones y agresiones. Una vez adaptado el niño a sus actividades escolares, la relativa independencia ganada lo conducirá de situaciones que puede manejar con autonomía, a aquellas para las cuales necesita ayuda, y a aquellas para las que ofrecerá ayuda. La independencia y la cooperación son dos elementos del proceso de integración social.

Los padres, trabajadores de la salud y educadores deberán:

- Ofrecer amor incondicional al niño y expresarlo verbalmente.
- Abrazar al niño y usar una voz suave para calmarlo, enseñarle técnicas para que se calme antes de hablar de su problema –respirar profundamente o contar hasta diez para cobrar calma antes de reaccionar.
- Promover el valor, la confianza, el optimismo y la autoestima de manera permanente.
- Reforzar normas y reglas, usar la supresión de un privilegio y otras formas de disciplina para establecer límites sin humillar.
- Alabar al niño por sus logros.
- Animar al menor para que actúe independientemente.
- Ayudar al niño en el aprendizaje de reconocer sentimientos propios y ajenos.
- Preparar gradualmente al niño a enfrentar situaciones adversas.
- Estimular al menor para que demuestre simpatía y afecto por los demás.
- Establecer comunicación frecuente con él para discutir acontecimientos y problemas cotidianos, así como compartir ideas, observaciones y sentimientos.
- Enseñar al menor a responsabilizarse por su propio comportamiento negativo, a aceptar sus errores y fallas, pero al mismo tiempo orientarlo para que logre su mejoramiento.
- Darle consuelo y aliento en situaciones estresantes.

Niño de 8 a 11 años de edad. En esta etapa sus actividades se centran en aprender las habilidades de la vida diaria. Desea tener amigos íntimos y ser objeto de la aceptación de sus similares, los cuales van cobrando una importancia cada vez mayor. Si se burlan de él o le muestran que es incapaz, se sentirá inseguro. El tratamiento adecuado de los fracasos consiste en hacer un análisis sobre cómo se produjeron, y en generar opciones de solución en conjunto. El amigo íntimo o amiga asume un lugar de privilegio. Le cuesta mucho más que antes aceptar límites. El cuerpo infantil que conocía y dominaba, comienza a modificarse de diferentes maneras, lo cual le provoca una gran inseguridad. Para que la confianza regrese, es preciso que conozca los cambios que se producen en él y que entienda que son parte de un hecho positivo, su crecimiento físico.

Los padres, trabajadores de la salud y educadores en esta etapa deben:

- Proveer amor incondicional y expresarlo de manera apropiada, según la edad.
- Usar comportamientos tranquilizadores para ayudar a que el niño maneje y module sus sentimientos.
- Desarrollar comportamientos consecuentes que transmitan valores y normas, incluyendo factores de resiliencia.
- Explicar con claridad las normas y expectativas.
- Elogiar logros y comportamientos deseados.
- Proveer oportunidades de practicar cómo lidiar con los problemas y adversidades.
- Alentar la comunicación de hechos, expectativas, sentimientos y problemas.
- Equilibrar el desarrollo de la autonomía, las consecuencias o sanciones de errores, con cariño y comprensión.
- Comunicar y negociar con él acerca de su creciente independencia, sus nuevos desafíos y sus nuevas expectativas.
- Instarlo a que acepte la responsabilidad de sus comportamientos.
- Promover y desarrollar su flexibilidad para que seleccione diferentes valores de resiliencia.

Adolescente de 12 a 16 años de edad. Hay un conflicto en el joven que ahora tiene su cuerpo con funciones sexuales adultas, pero con una organización psicosocial con características infantiles. El crecimiento rápido de los adolescentes también desorienta a padres y educadores. Muchas veces no saben si tratarlos como a niños o mayores. Los padres perciben que el niño está cambiando y que van perdiendo al niño-hijo. El joven percibe la pérdida de su propia infancia, de las figuras paternas que lo acompañaron en esos años y del cuerpo que materializaba una identidad de niño. Mientras tanto, para buscar su propia identidad tratará de separarse de las figuras parentales. Busca la diferencia para llegar a la afirmación de lo propio, y debido a la rebeldía que esto a veces engendra, los conflictos familiares se incrementan. El grupo adquiere un significado especial. Las dificultades con los padres pueden ser desplazadas hacia los profesores, quienes, además, reviven situaciones con sus propios hijos. La confianza básica se tambalea; la irrupción de cambios físicos, emocionales y sociales le hace perder confianza en sus propias posibilidades, puesto que aún no las conoce bien. A esto contribuye también el hecho de cambios de nivel de escolaridad con nuevas exigencias y nuevos grupos de pares. Lo mismo ocurre si sale a buscar trabajo y no lo encuentra. Para tomar la mayoría de sus decisiones el adolescente precisa de un adulto que lo acompañe, para recibir información, escuchar una opinión, etc., este lo apoya, pero quien decide es el joven. La actitud de colaboración y de respeto por la decisión del adolescente fortalece la resiliencia.

Los padres, trabajadores de la salud y educadores deben en esta etapa:

- Estimular en el adolescente el desarrollo de las capacidades de escuchar, de expresión verbal y no verbal, y de comunicación en general.
- Fortalecer en él la capacidad de manipulación rabia-enojo y de las emociones en general.
- Reforzar la capacidad del joven de definir el problema, optar por la mejor solución y aplicarla cabalmente.
- Ofrecer preparación para enfrentar las dificultades de los cambios escolares y laborales.
- Reforzar los conceptos de protección familiar y procreación responsable.
- Fomentar la habilidad de reconocer esfuerzos y logros.
- Desarrollar la capacidad de comunicación afectiva.
- Aclarar los roles y favorecer el establecimiento de límites razonables para todos los miembros de la familia.
- Favorecer la presencia de al menos un adulto significativo para el adolescente.

Para mejorar la disciplina del niño

La disciplina es una adquisición de enorme importancia para el normal desarrollo de la personalidad. Preocuparse por los niños y consentir cualquiera de sus caprichos son dos cosas muy diferentes, ya que esto último no contribuye a crear hábitos y costumbres provechosos para su buen comportamiento. Darles a los niños una “atención positiva” es lo que en realidad brindará ese beneficio.

Atención positiva significa brindar a los niños aliento y apoyo emocional en forma tal que resulten claramente reconocibles por el niño. Es algo más que un elogio, un abrazo o un beso. Implica una participación activa en la vida emocional del hijo. Un estudio realizado muestra que los sujetos que como estudiantes secundarios habían descrito a sus padres como más cariñosos tuvieron menos enfermedades graves en su edad madura. Los jóvenes que habían calificado a sus padres de injustos, tuvieron más enfermedades graves que el otro grupo. Una manera de desarrollar una atención positiva es que los padres les dediquen 20 min diarios de “tiempo especial” a sus hijos.

Los principios generales son:

- Elogiar al hijo por las conductas adecuadas, pero hay que ser preciso, sincero y evitar la adulación.
- Demostrar interés por lo que el hijo está haciendo, participando en la actividad, describiendo lo que ve y reflejando sus sentimientos cuando sea posible.
- No hacer preguntas ni dar órdenes. El trabajo es observar y reflejar lo que ve, no controlar o guiar.

De 4 a 9 años. Programar periodo de juego a una hora determinada varios días a la semana.

Mayores de 9. Buscar oportunidades para pasar un tiempo similar con sus hijos y desarrollar actividades apropiadas según la edad, sin emitir juicios.

A los padres se les pueden transmitir los consejos que se relacionan a continuación, para que logren que sus hijos mantengan una buena disciplina. Los principios y estrategias para obtener una disciplina positiva son:

- Establecer reglas y límites claros y atenerse a ellos. Si puede, deberá escribirlos y fijarlos sobre la pared.
- Dar al hijo advertencias y señales cuando comience a comportarse mal. Es la mejor manera de enseñarle el autocontrol.
- Definir el comportamiento positivo al reforzar la buena conducta con elogios y afecto e ignorar la conducta que solo apunta a llamar la atención.
- Educar al hijo conforme a sus expectativas. En general, los padres no emplean el tiempo suficiente

para hablar con sus hijos acerca de los valores y las normas, y por qué estos son importantes.

- Prevenir los problemas. La mayoría de ellos se producen como resultado de un estímulo. La comprensión y eliminación de estas señales lo ayudan a evitar situaciones que dan lugar a una mala conducta.
- Cuando se viola una norma o un límite bien establecido, aplicar de inmediato un castigo adecuado. Ser coherente y hacer exactamente lo que dijo que haría.
- Cuando el castigo es necesario, asegurarse de que guarde relación con la infracción. Que el castigo se ajuste al delito.
- No imponer castigos de larga duración.
- No castigar por “amor propio”, sino por aquello que afecte la formación del niño.

Se han elaborado técnicas disciplinarias que se les pueden transmitir a los padres para que las apliquen, basadas en criterios sacados del texto de inteligencia emocional:

- Reprimendas: son habitualmente un método de uso casi universal. Es evidente que cuando un niño o niña comete un hecho que va en contra de su formación es necesario señalarlo, pero, como se muestra en los ejemplos al final, el método para usar debe ser siempre el “estilo optimista” y nunca el “estilo pesimista”.
- Consecuencias naturales: dejar que los hijos experimenten las consecuencias lógicas de su mala conducta. Pueden, a veces, ser poco realistas o incluso peligrosas. Imagine que su mala conducta, su imprevisión lo lleven a tocar la hornilla de la cocina encendida, aprenderá que el fuego quema, pero es un aprendizaje muy costoso.
- Quitar un privilegio: cuando ya son grandes para “ir al rincón”. La televisión, el videojuego y el no usar el teléfono funcionan bien. Debe evitar que el castigo sea suprimir la posibilidad de jugar con otros niños, ya que este no es una diversión, ni un privilegio, sino una necesidad, como ya se ha explicado.
- Sobrecorrección: repetir la conducta correcta por lo menos 10 veces o durante 20 min.
- Sistema de puntaje: ganan puntos por conductas positivas claramente definidas. Se restan puntos por las malas conductas. Las recompensas pueden ser inmediatas o a largo plazo, acorde con la edad y el tipo de recompensa.

Para criticar con estilo optimista

Sea preciso. Una censura exagerada produce culpa y vergüenza. El estilo debe ser explicativo, optimista y no un estilo pesimista.

Ejemplo:

Susana dejó su habitación toda desordenada a pesar de habérselo pedido consecuentemente. Los padres están muy molestos, pues tenían que mostrar la casa a una persona:

– Estilo optimista:

- Susana, hiciste algo que causó inconvenientes a tu padre y a mí y estamos muy enojados. La crítica es específica, describe los sentimientos con precisión.
- Te dijimos tres veces que ordenaras tu habitación, pero lo postergaste. Describe el incidente con precisión y coloca el problema en términos temporales.
- Debido a esto y que vino el interesado en ver la casa, tuvimos que limpiar nosotros, lo que nos impidió hacer otras cosas importantes. Se explica exactamente lo que ocurrió, la causa del problema y el efecto. Adjudica la culpa en forma correcta.
- Quiero que te quedes en tu habitación durante 15 min y pienses en lo que te he dicho. Luego quiero que me digas que vas a hacer para que esto no ocurra de nuevo. Escribe tres maneras de resolver este problema. Se crea una tarea específica y factible en un tiempo realista.

– Estilo pesimista:

- Por qué eres siempre desconsiderada? Estoy furiosa con tu conducta. La palabra “siempre”, es una generalización. La reacción emocional es exagerada.
- Te dije un millón de veces que ordenaras tu habitación, pero nunca escuchas. ¿Cuál es el problema contigo? Aquí el problema se plantea como repetido “un millón de veces” y global “nunca escuchas”. Implica que hay algo permanente y caracterológicamente negativo.
- El interesado vino esta mañana y fue un desastre. Se corrió el riesgo de perder esta oportunidad. Esto puede costar miles de pesos. Sería un gran fracaso no mudarnos. Como castigo una semana encerrada. De este modo se describe el problema en términos catastróficos. Da a entender que el acto desconsiderado individual de Susana podría haber causado estragos en el bienestar de la familia.

Se tiene la experiencia de colocar estos principios en la pared de un consultorio y observar el interés que despierta, así como el impacto que hace en los familiares.

Para crear confianza

Pocos padres dirían que no mienten nunca. Hay que estar atento a los efectos directos e indirectos que la mentira provoca en los niños. Esto no significa que hay que decírselo todo, hay cosas que no necesitan saber, pero no se debe inventar nada ni ocultar hechos que de todas formas va a conocer, como el divorcio o la muerte de un familiar. Si algo es privado o está más allá de la comprensión de los niños, simplemente se les dice eso mismo. Existe un juego que se les puede describir a los padres para que estimulen la confianza en sus hijos, un ejemplo es el juego de “guiar al ciego”. Uno venda los ojos de su hijo y lo guía alrededor de la casa. El niño al principio puede sentir desamparo y dependencia, pero poco a poco lo aceptará y disfrutará, lo bueno comienza cuando se invierten los papeles. Otro ejemplo es la “caída hacia atrás”, consiste en pararse detrás del niño y decirle que se deje caer hacia atrás y entonces sujetarlo por debajo de los brazos. Si el niño es lo suficientemente fuerte se pueden invertir los papeles si no se puede demostrar entre los padres.

El juego del “secreto” consiste en que cada miembro de la familia escriba un secreto en una hoja de papel, lo doble y le ponga su nombre por fuera. Entonces se coloca en un recipiente cualquiera, cada uno tomará un papel al azar y lo retiene. Cada jugador, en la primera vuelta, debe contar una ocasión en que le confiaron a alguien algo importante. En la segunda vuelta, cada jugador debe contar una ocasión en que alguien haya traicionado su confianza. Si lo hacen adquieren un punto, pero tienen la opción de “pasarse”. En la tercera ronda, cada jugador le pregunta a la persona que escribió el secreto que él escogió si debe ser leído. Si esta responde que no, se le devuelve su papel sin abrirlo. Si responde que sí, se procede a leerlo y gana un punto.

Uso de las imágenes

Existen múltiples pruebas del uso de la imaginación para influir en el éxito. Los atletas la utilizan para mejorar su destreza deportiva. Aquellos que practican con imágenes positivas, se imaginan el triunfo, rinden mucho más que quienes no hacen nada o que aquellos que tienen imágenes negativas, se imaginan el fracaso. A los niños se les puede inducir el uso de imágenes para tranquilizarlos. Un ejemplo: siéntate, cierra los ojos, respira profundamente, imagínate acostado en

una playa tranquilamente sobre la tibia arena blanca. Es necesario que la experiencia sea lo más real posible. ¿Puedes sentir la arena? ¿Oler el aire? ¿Escuchar el sonido de las olas? ¿Saborear el helado de chocolate?

Otras formas más organizadas es seguir los pasos siguientes: establecer un contacto con la música y las artes plásticas, sentarse cómodamente bien relajado:

- Se le pide que cierre los ojos mientras escucha música instrumental. Se le debe hablar sobre la imagen que evoca la música.
- Se le muestran imágenes de arte abstracto y se pide que busque formas que le recuerden algo.
- Pedir que mire fijamente a un cuadro con muchos detalles durante un minuto, luego decirle que cierre los ojos y mire el cuadro con los ojos de la mente tratando de recordar la mayor cantidad de características posibles.
- Cubrir sus ojos y permítale oler varias cosas diferentes. Luego decirle que dibuje una imagen que incluya los objetos que olió.
- Pedir que recuerde un acontecimiento placentero de su pasado y luego hacerle cerrar los ojos y describir la escena con el mayor detalle posible.

Para alentar la capacidad de resolver problemas

A la capacidad de resolver problemas se le denomina pensamiento medios-fin. Depende de la posibilidad de planificar una secuencia lógica de acciones que den como resultado la obtención de una meta deseada. Incluye también la capacidad de comprender lo que se aprende a cada paso, impedir o evitar posibles obstáculos y disponer de estrategias alternativas para enfrentar aquellos que no se puedan evitar. Este tipo de pensamiento incluye el conocimiento de que no siempre se alcanzan las metas de inmediato.

La lógica en sí misma solo es una de las numerosas estrategias que la gente usa para encarar un problema. Pero la lógica sola no ayuda a un cirujano a arreglar un automóvil o a un mecánico a extraer el apéndice de una persona. Por lo tanto, a nadie le debe sorprender que los niños que se desempeñan brillantemente en matemáticas, lo cual indica una inteligencia normal, necesiten de instrucciones y guías para utilizar el pensamiento medios-fin para resolver problemas interpersonales.

Los niños aprenden mejor las capacidades para resolver problemas cuando se une a ellos un socio experimentado para realizar una tarea particular. Este proceso se ha nombrado “andamiaje”. Este postulado permitió preparar un programa general para enseñar

a los niños a resolver problemas y se le llamó “competencias prosociales”. Los pasos son los siguientes:

1. Enseñarles la importancia de detenerse a pensar las cosas.
2. Enseñarles a identificar y definir el problema.
3. Enseñarles a reunir información desde su perspectiva, incluyendo opiniones, hechos, e información desconocidos.
4. Enseñarles a considerar estrategias alternativas.
5. Enseñarles lo que se puede hacer o decir y qué obstáculos pueden presentarse.
6. Enseñarles a evaluar las consecuencias y los resultados.
7. Enseñarles la manera de decidir entre varias opciones posibles y anticipar que ocurrirá en respuesta a palabras o acciones específicas.
8. Lograr que practique todo este proceso, reforzando cada paso y adentrarlos a persistir hasta alcanzar una solución bien pensada.

Se les debe recomendar a los padres que para ayudar a los niños mayores o adolescentes a resolver problemas cotidianos deben prepararse a iniciar una relación de “andamiaje” cada vez que surja un problema. Los adolescentes pocas veces pedirán ayuda a sus padres para resolver un problema interpersonal grave, a menos que se hayan sentado los cimientos para esa relación desde edades tempranas y confíen en que la ayuda reducirá su angustia en lugar de exacerbarla.

Para enseñar cómo utilizar el humor

No hay recurso mejor para enfrentar la ira o para expresar algo que de otro modo resultaría difícil que el humor. Por ejemplo, una preadolescente a quien “dejaron plantada” para ir a un baile, contestó a su madre, cuando esta le preguntó si se sentía triste: “¡Oh terriblemente! ahora tendré que devolver mi vestido de alta costura y cancelar el alquiler de la limosina”, es decir algo sin decirlo realmente. El humor es una forma para enfrentar el estrés y la angustia puede ayudar a los niños a salir airosos después de un encuentro incómodo. Una buena recomendación para los padres es que alienten a sus hijos a contar chistes y que descubran el humor aún en circunstancias difíciles.

Los niños a menudo utilizan los chistes como una forma de mantener su prestigio. Es frecuente que le digan al oído a un amigo un chiste para que otro no lo escuche. En un aula puede ser que circule un chiste entre un grupo y que excluyan a otros niños. Esto significa que el hecho de que se le cuente el chiste a un determinado niño es un signo de aceptación.

La forma más fácil y efectiva de alentar el humor es jugar. Los juegos ridículos, las peleas con agua e incluso hasta una pelea con comida les encantan a los niños. Una forma de utilizar el humor es fijar una hora en que la familia comparta chistes. Esto puede ser después de la comida, durante el desayuno o por la noche en dependencia de los momentos en que la familia se reúne. Por supuesto puede ser también durante viajes regulares o en una reunión familiar para festejar algo. Se pueden contar historias divertidas, hacer poemas o dibujos. El humor que uno crea es el mejor para desarrollar ese sentido.

Para enseñar a escuchar en forma activa

Este tipo de actividad es para niños de más de 10 años o adolescentes. Se realiza de la siguiente manera: se hace una lista para el niño y otra para el padre o la madre que tenga cada una seis preocupaciones. Puede contener cualquier cosa que pueda molestarle al hijo o al progenitor, pero lo mejor es comenzar con problemas o conflictos fáciles. El siguiente paso es hacer cuatro fichas donde se escriben las capacidades de escuchar en forma activa:

- Vuelva a formular lo que dijo la otra persona “así que lo que me estás diciendo es....”
- Aclare lo que ha dicho la otra persona “puede decirme algo más a cerca de....”
- Muestre interés por lo que la otra persona está diciendo, a través del gesto, del tono de la voz, el contacto visual y así sucesivamente.
- Califique o describa lo que la otra persona parece estar sintiendo “me parece que estás enojado porque.....”.

Como el lector puede apreciar, este tipo de escucha en forma activa lo usan los terapeutas continuamente en sus entrevistas y tiene un efecto muy positivo en la persona que emite el mensaje.

Ahora bien, para continuar el juego cada uno de los jugadores selecciona un problema sobre el que hablarán 3 min. Mientras uno habla el otro tiene que mostrar las cuatro capacidades enumeradas. Al final de cada ronda el que habla le atribuye un punto por cada capacidad y dos puntos adicionales si el que escuchó no emitió juicio alguno. Luego se cambian los papeles y así sucesivamente hasta completar las seis vueltas para cada uno. Si sumando los puntos de los dos jugadores el total es más de 30, ambos son declarados ganadores.

Para enseñarles a los niños el control emocional

El desafío de Aristóteles. Cualquiera puede ponerse furioso. Eso es fácil, pero ponerse furioso con la persona correcta, en la intensidad correcta, en el momento correcto, por el motivo correcto y de la forma correcta, eso no es fácil.

Como ya se conoce por el desafío de Aristóteles, la ira es un sentimiento muy difícil de enfrentar. Para enseñar a los niños esa habilidad se ha ideado un juego que se llama “mantén la calma”. Se hace una pila de barritas de madera y cada jugador debe ir quitando una a una sin mover ninguna de las otras. Es semejante al juego de los palitos chinos, el cual requiere una fina coordinación motora, pero lo diferente es que mientras un jugador está haciendo su tarea el otro está autorizado a hacerle burlas de cualquier tipo para tratar de enojarlo. La única prohibición es que no lo puede tocar. Cada barrita gana un punto y dos puntos adicionales si no muestra ningún tipo de reacción.

Otra forma de controlar la ira es enseñar a los niños a tener conciencia de los cambios que experimenta su cuerpo como, por ejemplo, el enrojecimiento del rostro, la tensión del cuerpo, la postura corporal, la expresión facial y los gestos. Las técnicas para calmarse así mismo son por ejemplo: respirar profundamente o distraerse contando hacia atrás. La repetición rutinaria de una frase se pudiera considerar una estrategia psicológica simplista, sin embargo, no hay dudas de que produce un efecto. Un ejemplo es el de los actores que se hablan a sí mismos antes de salir a escena, o un pasajero con miedo a los aviones que se repite continuamente lo seguro que es viajar en estas naves. Esto se puede explicar de la manera siguiente: la repetición de frases genera actividad en la neocorteza, la cual inhibe al cerebro emocional y este no envía los mensajes de liberación de hormonas y de otros neurotransmisores que habrían ordenado un aumento del ritmo cardiaco, sudoración, náuseas, etc.

Una forma de manejar la agresividad es enseñarles a los niños a negociar en lugar de pelear, que incluye los pasos siguientes:

- Los niños deben sentarse frente a frente y establecer un convenio de trabajar juntos para resolver un conflicto.
- Deben ponerse de acuerdo en respetar la opinión del otro y omitir insultos y humillaciones.
- Cada uno debe expresar su punto de vista y después expresar el punto de vista del otro.
- Lo esencial es crear una solución favorable para ambos.

- Lo ideal es que se pongan de acuerdo, por lo menos en tres soluciones posibles que pueden ser concesiones, pero que permiten que cada uno obtenga algo.
- Entonces deben evaluar cada acción, lo cual resulta que ahora están del mismo lado buscando una solución que logre satisfacer a ambos.
- Como conclusión deben tomar un acuerdo o plan de acción para poner en práctica esta solución.
- El plan de acción debe detallar quién, qué, cuándo, y cómo la solución será puesta en práctica.

Debido a que los niños y adolescentes solos pueden tener dificultades en llevar a cabo este tipo de negociaciones, es a veces aconsejable que otros estudiantes sirvan de mediadores en estos problemas de solución del conflicto. Si el mediador ha sido entrenado en este método, será mucho más efectivo.

Para ayudar a un niño a integrarse a los grupos

Cuando los niños tienen dificultades para integrarse a los grupos, es necesario que los padres sean muy cuidadosos en la actitud que van a asumir, ya que puede ser que el padre esté tan dolido y desvalido como el propio niño. A veces los padres adoptan una actitud “solidaria” y enfocan el problema como si fuera entre los niños del grupo y ellos dos. Esta actitud de tú y yo contra el mundo puede ser que los consuele, incluso pueden sentir alivio y reducir la angustia. Este consuelo no dura mucho, ya que el niño no puede evitar el rechazo de sus pariguales, si no aprende a funcionar satisfactoriamente en el grupo. Se han elaborado un conjunto de sugerencias específicas para apoyar a los niños que experimentan rechazo y aislamiento social.

Es muy beneficioso influir sobre los niños a través del ejemplo. Si el progenitor participa activamente en un grupo de adultos, el niño percibirá que esto también puede ser bueno para él. Si el padre en forma reticente se convierte en miembro de una asociación cualquiera, pero se queja con frecuencia de tener que asistir a las reuniones y protesta por la ignorancia de los otros padres, le transmitirá a su hijo una impresión negativa sobre los grupos. Por supuesto, la mejor manera de realizar este modelaje es participar en un grupo junto con el niño.

El grupo de adscripción primario de un niño es, por supuesto, su familia. La familia es muy diferente del grupo de pariguales, pero es un buen ambiente para aprender capacidades grupales sin miedo al rechazo. Por ejemplo, el niño debe tener la posibilidad de expresar

su opinión y que esta se tenga en cuenta en el plan de vacaciones o en las salidas de fin de semana. Las reuniones familiares de una vez por semana que ya se han recomendado pueden servir para el aprendizaje de capacidades grupales. Las reuniones que se convocan para resolver una crisis, pocas veces benefician de la misma manera ya que en ellas habitualmente el contenido emocional es muy alto.

Al entrar los niños a participar en grupos compuestos por otros parecidos a ellos es también de gran ayuda. Los grupos grandes, como los exploradores, no son a veces útiles en estos casos. Tienen más probabilidades de tener éxito en grupos más restringidos y que estén basados en intereses de orientación comunitaria o de servicio social. Por ejemplo, estos incluyen los siguientes:

- Grupos orientados hacia capacidades determinadas: equipos atléticos, grupos musicales, clubes de computación, clubes de ajedrez, grupos teatrales, compañías de danza y clubes de arte.
- Grupos orientados hacia intereses determinados: basados en grupos de aficionados, grupos orientados hacia la naturaleza, clases de arte patrocinadas por museos, grupos juveniles religiosos.
- Grupos de servicio comunitario: grupos de limpieza del vecindario y de afiliados a organizaciones de servicios de adultos.

Para destacar el valor del aprendizaje

Los padres pueden transmitir la importancia de la educación a sus hijos de muchas maneras. A continuación se ofrece una lista para que ellos puedan saber cuántas de estas llevan a cabo y si pueden realizar algunas otras:

- Reunir a la familia y leer en silencio durante un tiempo determinado.
- Jugar con regularidad juegos de mesa en los cuales se ponga de manifiesto capacidades de razonamiento.
- Leer el periódico y comentar los acontecimientos de actualidad junto con los niños.
- Analizar con los niños lo que han aprendido en la escuela y hacer un seguimiento de sus tareas.
- Efectuar visitas a museos, bibliotecas y lugares de interés histórico.
- Priorizar las tareas del hogar antes que la televisión u otros entretenimientos.
- Suscribirse a revistas infantiles.
- Llevar a sus niños a su centro de trabajo u otros centros de trabajo interesantes.

- Estimular también durante las vacaciones la continuidad del aprendizaje, en campamentos, programas de bibliotecas u otras actividades.

El hecho de brindarles a los niños experiencias de dominio, tales como buscar sus propias respuestas o establecer el hábito de ahorrar para comprar algún objeto deseado, fortalece su creencia en sí mismo. Construir sobre la base de su propia decisión y la experiencia de que sus acciones pueden proporcionar resultados previsibles, y es de gran utilidad. Cuando se habla de dominio, se refiere a esa sensación interna de controlar la capacidad de comprender, integrar y responder con efectividad al medio. Esa sensación de tener el control es un factor importante para la automotivación y es la característica de la inteligencia emocional que diferencia a los individuos que alcanzan logros elevados. Brindarles a los niños la posibilidad de fijarse sus propias metas es una forma importante de enseñarles este tipo de control.

Una conclusión errónea es creer que la sensación de dominio es lo mismo que dominar nuevas capacidades. Algunos padres, siguiendo esta creencia, llevan a sus hijos a efectuar muchas actividades extraescolares, lecciones de música, prácticas de deportes, clases de karate, u otras, y piensan que de esta manera los tienen controlados. Contrariamente, esta exageración de actividades puede perjudicar el aprendizaje de estas capacidades de realización. La idea de que está controlado por fuerzas externas lleva al niño a una falta de motivación.

Al menor hay que ofrecerle oportunidades para adquirir dominio. Se debe esperar que el niño haga más por su propia cuenta y, además, recompensarlo a través del elogio u otros medios por cosas que hagan por iniciativa propia. Una práctica muy útil es lo que se ha dado en llamar “autocalificación”, como por ejemplo, pedirle que se califique a sí mismo su rendimiento en una tarea doméstica. Se evalúa en una escala de 1 a 5 en la que 5 sea un trabajo excelente y 1, un trabajo deficiente. Se le dice al mismo tiempo que el padre también calificará y que le dará 3 si la tarea es aceptable. Es sorprendente la eficiencia con que hacen las tareas y son más conscientes de la forma de hacer el trabajo.

En una investigación realizada con estudiantes de secundaria, se les pidió autoevaluar su trabajo docente, y al compararlas con las notas reales que había hecho el profesor, se comprobó que eran muy similares. Otra forma de aumentar el dominio es enseñarle a fijarse metas y administrarlas. Una importante herramienta de administración y un método que ayuda a mantener la automotivación es dividir una tarea en pasos manejables.

Para estimular que los niños expresen sus sentimientos

En la práctica psicoterapéutica se ha comprobado que los pacientes pueden aprender a expresar sus emociones a cualquier edad, pero es evidente que quienes mejor lo expresan son aquellos que adquirieron esta capacidad cuando eran niños. Cuando la familia es expresiva y muestra sus sentimientos abiertamente, los niños desarrollan la posibilidad de comunicar sus emociones. Por el contrario, en aquellas donde se reprimen los sentimientos y se evita la comunicación emocional es muy probable que los niños sean “emocionalmente mudos”. Un elemento vital del control emocional es aprender a identificar y transmitir las emociones. Incluso, para un terapeuta quizás sea más importante desarrollarse como una persona que sabe escuchar las emociones, que ser alguien que habla con claridad sobre las emociones. Aquel que sabe escuchar con paciencia y es capaz de ponerse en sintonía con las emociones del que habla le transmite a este una forma importante de estímulo emocional.

Los padres pueden promover la educación emocional de sus hijos mediante la elaboración de una lista de sentimientos y realizar un ejercicio que estimule la expresión de estos. Por ejemplo, se pueden escribir los sentimientos en orden alfabético. Luego, escribir una emoción diferente sobre la parte superior de una hoja, y pedirle al niño que dé un ejemplo de un momento en que haya experimentado ese sentimiento. Buscar en revistas, fotografías, películas, etc., expresiones de sentimientos y pedirles a los niños que describan qué está sintiendo la persona en cuestión. Si el niño considera que el ejercicio es muy difícil, el padre debe ofrecer ejemplos de su propia experiencia a modo de ilustración.

Para enfrentar la muerte

Cualquier modificación de los roles en un miembro de la familia inducirá un cambio en los demás. Por lo tanto, la muerte de uno de ellos conlleva una reorganización de las relaciones familiares. Dicha reestructuración se va tejiendo mucho antes de la pérdida, a lo largo de toda la fase terminal, por supuesto, siempre y cuando se conozca de antemano. Cuando la muerte es violenta, esta preparación no se efectúa. La muerte de un niño o de un adolescente, es tal vez, la pérdida familiar que requiere un apoyo psicológico más intenso y prolongado por ser la más incomprensible.

El duelo, como proceso, está normado en todas las culturas. Todas las culturas tienen un proceso para elaborar el duelo: el velorio, el llanto en familia, el entierro, con toda una serie de rituales. En todas las sociedades se establece, porque es una necesidad humana. El ser humano precisa llorar a sus muertos. La sabiduría popular lo dice: “Hay que llorar a los muertos, porque el llanto es un alivio”. La tristeza que no se expresa daña nuestra mente, y no solo eso, esta tristeza reprimida repercute en nuestras funciones fisiológicas en todos los aparatos y sistemas. Se pueden manifestar de muchas maneras estas alteraciones como: taquicardia, malestares estomacales, hipertensión, alteraciones cutáneas, disfunciones sexuales, etc.; pero lógicamente, donde más repercusión tienen es en la psiquis.

Los niños elaboran el duelo de una forma muy curiosa, diferente a la de los adultos. A veces empiezan con un llanto furioso acompañado de acciones más o menos agresivas, poco a poco este llanto violento deja paso a un llanto más suave pero más continuo. Quizás entonces pregunte el por qué “se fue” su ser querido, cuándo volverá y si él ha tenido alguna responsabilidad con que su ser querido se fuera. A veces preguntan si el que se murió va a volver, a veces dicen: “cuando él regrese”, “cuando él viva otra vez”. Hemos tenido experiencias dolorosísimas, como la de un niño de 3 años que le decía a la madre continuamente “cuando mi papá venga, yo le voy a decir que tú me hiciste esto”. Los sentimientos de culpa muchas veces en los niños están relacionados con el hecho de que alguna vez le desearon la muerte a un miembro de la familia y al morir este él cree, en su pensamiento mágico, tener la responsabilidad.

Hay factores que dificultan la elaboración del duelo como son:

- Cambios vitales masivos cuya magnitud sobrepasa la capacidad de las personas para poder solucionarlos.
- Falta de familia o de otros sistemas de soporte social bien estructurados.
- Cambios no deseados, inesperados y prematuros y para los que no ha existido preparación anticipada o esta ha sido inadecuada.

Algunas pérdidas muy bruscas, catastróficas o poco preparadas, llevan al predominio de la ansiedad y de sentimientos persecutorios intensos que son típicas de los trastornos por estrés postraumáticos. Todo esto se agrava si confluyen migraciones mal preparadas desde el punto de vista psicosocial.

Aunque lo que desencadena el duelo es siempre idiosincrásico de cada persona, existen situaciones

que prácticamente desencadenan duelos en todos los seres humanos y que implican factores de riesgo. Estos factores de riesgo van a ser diferentes según la etapa de la vida en que se encuentre la persona en cuestión. En la infancia será un factor de riesgo importante la pérdida y separación de los padres, así como la pérdida de contacto con el medio familiar. En la adolescencia constituyen factores de riesgo la separación de los padres, del hogar y de la escuela. En los adultos jóvenes los factores más frecuentes son: ruptura matrimonial, primer embarazo, aborto, sobre todo si es repetido, nacimiento de un niño discapacitado, desempleo, pérdida de un progenitor y migración. En los adultos y ancianos los factores más frecuentes son: jubilación, pérdidas funcionales, pérdida de familiares o allegados, pérdida del ambiente familiar y enfermedad o incapacidad de otros miembros.

La forma de elaborar los duelos es fundamental en la readaptación al entorno. La actitud que se debe asumir ante un duelo el especialista en APS debe ser, ante todo, una actitud receptiva y observadora, que ponga en función toda su capacidad de escucha empática; valorar los factores de riesgo, así como si existen trastornos del sueño. Es muy importante diferenciar entre el duelo normal y el patológico. En caso de duelo normal solamente debe hacer un seguimiento semestral y anual, si existen factores de riesgo. En caso de duelo patológico, es necesario establecer un proceso de elaboración del duelo y si el problema es muy grave o crónico, aplicar el tratamiento específico para el trastorno que se manifiesta en ese momento.

Atención de los niños ante la muerte. La reacción de los niños por la muerte de un ser querido es muy diferente a la reacción de las personas mayores. Aquellos de edad preescolar creen que la muerte es temporal y reversible. Esta creencia está reforzada por los personajes de los dibujos animados que se “mueren” y “reviven” otra vez. Los de edad entre 5 y 9 años comienzan a pensar más como adultos acerca de la muerte, pero todavía no pueden imaginarse que ellos o alguien que ellos conozcan puedan morir. Al choque y la confusión que sufre un niño que ha perdido a su hermanito, hermanita, papá o mamá se le añade la falta de atención adecuada de otros familiares que lloran esa misma muerte y que no pueden asumir adecuadamente la responsabilidad de cuidarlo. Los padres deben estar conscientes de cuáles son las reacciones normales de los menores ante la muerte de un familiar, así como cuáles son las señales de peligro. Es normal que durante las semanas siguientes a la muerte, algunos niños sientan una tristeza profunda o crean que el ser

querido continúa vivo. La negación a largo plazo o el evitar las demostraciones de tristeza no es saludable y puede resultar en problemas severos en el futuro.

No se debe obligar a un niño que está asustado a ir al velorio o al entierro, pero sí se les puede permitir participar en alguna ceremonia simbólica, como encender una velita, decir plegarias o visitar la tumba. Cuando el menor ha aceptado la muerte, es normal que manifieste su tristeza de vez en cuando a través de un largo período, a veces en momentos inesperados. Sus parientes deben pasar todo el tiempo posible con él y hacerle saber bien claro que tiene permiso para manifestar sus sentimientos libre y abiertamente. Si la persona muerta era esencial para la estabilidad del niño, la ira es una reacción natural, la cual puede manifestar en juegos violentos, pesadillas, irritabilidad o en una variedad de comportamientos. Esta agresividad se muestra a veces contra los demás miembros de la familia. Después de la muerte del padre o de la madre, muchos actuarán de manera más infantil, exigiendo comida, atención, cariño y hablando como un “bebé”.

Los niños más pequeños creen que ellos son la causa de muchas de las cosas que suceden a su alrededor. Puede pensar que la persona murió porque él una vez “deseó” que se muriera. Se siente culpable porque cree que su deseo se “realizó”.

Existen señales de peligro que deben ser consideradas como son:

- Un periodo prolongado de depresión durante el cual el niño pierde interés en sus actividades y eventos diarios.
- Insomnio, pérdida del apetito o miedo prolongado a estar solo.
- Regresión a edad más temprana por un periodo prolongado.
- Imitación excesiva de la persona muerta.
- Decir frecuentemente que quisiera irse con la persona muerta.
- Aislamiento de sus amiguitos.
- Deterioro pronunciado en los estudios o negarse a ir a la escuela.

Estos síntomas de aviso pueden indicar que se necesita ayuda especializada. Un especialista en psiquiatría infanto-juvenil puede ayudarlo a aceptar la muerte, y asistir a los sobrevivientes para que ayuden al niño en el proceso de pena y luto.

El duelo en la infancia y la niñez pasa por seis etapas consecutivas. La primera de ellas es de impacto y crisis y las manifestaciones son desorientación, confusión, ansiedad, etc.; la segunda es de pena, aflicción y anhelo

por el ser querido. Ya en la tercera etapa aparecen manifestaciones de protesta, ira y resentimiento, que puede ser interpretada como una manera simbólica de mantener la unión con el ser querido, pero puede también reaccionar contra los “sustitutos” y contra los supuestos causantes fantaseados de la pérdida. La cuarta etapa es de desesperanza, el niño se muestra apático, retraído, pierde la esperanza y confianza en los familiares y hasta en el mundo. La quinta etapa es de elaboración, aceptación y reorganización; ya comienza su recuperación a escala emocional, cognitiva y relacional. De no existir esta quinta etapa, o sea, si el duelo no se elabora, el niño pierde la “confianza básica”, se inhibe total o parcialmente, pierde la vinculación con los seres queridos y es posible su evolución hacia un trastorno psíquico.

Al tratar a un niño, las indicaciones serán encaminadas a ayudar a que el progenitor se exprese y nos cuente las reacciones de este. Es esencial comprender los sentimientos de los niños ya que, incluso menores de 4 años, anhelan al ser querido que se fue, abrigan la esperanza de que regrese y se ponen tristes y coléricos cuando toman conciencia de que no será así. Además hay recuerdos e imágenes de la persona muerta, accesos de pena y tristeza, en especial en reuniones de familia y aniversarios. Cuando una nueva relación del progenitor sobreviviente marcha bien, se recrudescen el temor a ser abandonado.

Es sumamente importante mantener la atención sobre el rendimiento escolar. Es necesario establecer una relación de confianza. En niños mayores y adolescentes puede bastar una conversación. En el niño en edad escolar el dibujo de la familia comentado puede ayudar, y en niños más pequeños se puede utilizar algún juguete. A veces es necesario realizar una entrevista de terapia familiar conjunta. Se tiene experiencia en que en una entrevista, utilizando técnicas de psicoterapia familiar, los niños que han perdido un familiar muy cercano elaboran muy bien su duelo con posterioridad.

Es evidente que es una situación muy dolorosa, es cierto que duele elaborar un duelo. Por eso a veces los familiares rehúyen informar al niño de la pérdida de su madre, padre u otro familiar querido y usan engaños para posponer una noticia imposible de ocultar. Es muy importante que esta información se realice en un ambiente de mucha privacidad y tranquilidad. Deben estar presentes todos los miembros de la familia para poder “contener” el dolor del menor y que este pueda percibir que los demás familiares sienten la misma

tristeza que él está experimentando. Esto cumple la función de que el niño valore los sentimientos positivos que todos mantienen hacia el familiar desaparecido.

Para todos estos tratamientos terapéuticos es necesario tener en cuenta cómo evoluciona la comprensión de la muerte por los niños y adolescentes. Los lactantes (0-2 años) no tienen comprensión de la muerte, pero son muy sensibles a los cambios en la organización y cuidados y a las emociones negativas de los familiares. La ansiedad ante la separación es intensa. Los párvulos (3-5 años) creen que la muerte es temporal y reversible. Producto de su egocentrismo pueden considerar que la muerte del ser querido es un castigo para él o el cumplimiento de un deseo. Pueden creer que son responsables por la muerte. Creen que la enfermedad terminal puede ser contagiosa. Los escolares (6-10 años) conciben ya la muerte como permanente y real, pero no son capaces de comprender su propia mortalidad. En la adolescencia temprana (11-13 años) consideran que la muerte es real, final y universal. Comprenden la diferencia entre vivir y no vivir. Están interesados en las cuestiones biológicas de la enfermedad y en el funeral. Los adolescentes (14-18 años) comprenden las consecuencias existenciales de la muerte en la medida en que adquieren las capacidades para el pensamiento lógico formal, para el pensamiento abstracto. A medida que maduran emocionalmente pueden “negar” su propia mortalidad a través de conductas de riesgo, actuaciones y provocaciones.

Bibliografía

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Información para la familia, sn., Washington D.C.
- Bethea, Lesa (1999). Primary Prevention of Child Abuse. American Family Physician, March 15.
- Blejmar, B. (1998). La juventud y el liderazgo transformador. OPS/OMS, sl.
- Burt, M.R. (1998). ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? OPS/OMS, sl.
- Fournier, M. (1999). Estudio Multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia, *Revista Panameña de Salud Pública* 5 (4/5): 222-231.
- Gray, J. [s.f.]. *Los Hombres son de Marte, las Mujeres son de Venus*. Editorial Océano, México.
- Manrique, R. (1998). Familia y sociedad, su papel en la atención primaria, En *Psiquiatría en Atención Primaria* (José Luis Vázquez-Barquero, eds.), Editorial Grupo Aula Médica S.A., Madrid.
- Martínez Gómez, C. (2001). *Salud Familiar*. Editorial Científico-Técnica, La Habana.
- _____ (1999). Maltrato psicológico infantil. En: *En qué tiempo puede cambiarse la mente de un niño*. Editorial Abril, La Habana.

- _____ (1998). Guías Prácticas de Atención Integral a la Adolescencia. UNICEF, s.l.
- _____ (1997). Violencia Intrafamiliar, Memorias del Seminario de FICOMI, Universidad Pedagógica Nacional, México D.F.
- _____ (1996). Desarrollo psicológico del niño. En *Pediatría*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, tomo 1.
- _____ (1995). Mitos cultura y familia. En: Memorias del 7º Congreso Mundial de Terapia Familiar, Guadalajara.
- _____ (1994). Terapia Familiar en un caso de Maltrato Infantil. En: Memorias del Primer Congreso Iberoamericano sobre el Maltrato Infantil, FICOMI, 1993, México DF.
- _____ (1994). *Trastorno del desarrollo, emocional y del aprendizaje en los niños* (Angeles, eds.), 1993, México D.F.
- _____ (1993). El Maltrato de los medios masivos de comunicación. En Memorias del Primer Congreso Iberoamericano sobre el Maltrato Infantil. FICOMI, 1993, México DF.
- _____ (1979). Clínica Psiquiátrica Infantil. Texto de la asignatura psiquiatría, Facultad de Medicina, La Habana.
- _____ (2001). Enfoques para un debate en salud Mental. MINSAP-Cooperación Italiana La Habana.
- _____ (2003). *Salud Familiar*. 2da. ed. Editorial Ciencia y Técnica La Habana.
- OMS (1999). Programming for Adolescent Health and Development. Report of WHO/UNFPA/UNICEF, Geneva.
- OPS/OMS (1998). Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes de las Américas. Publicaciones del Programa de Adolescencia.
- Vázquez-Barquero, J.L. (1998). Urgencias, crisis y violencia en la atención primaria. En *Psiquiatría en Atención Primaria*. Editorial Grupo Aula Médica S.A., Madrid.
- Weaver, K., y Maddaleno, M. (1999). Youth Violence in Latin America. *Rev. Panam. Salud Pública*, 5(4/5):338-43.





FAMILIA EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

Esther Pérez González

Muchas son las disciplinas como la sociología, el derecho, la demografía, la antropología y la psicología que han abordado el tratamiento de la familia desde diferentes ópticas, y existen múltiples definiciones en función de los intereses de la ciencia que la estudia.

Teniendo en cuenta los intereses y acciones de salud en la atención primaria, se asume como criterio de familia el núcleo de personas que conviven bajo un mismo techo y que pueden tener vínculos sanguíneos afectivos o no.

Es necesario realizar su estudio a partir de un enfoque psicosocial, pues la familia y las relaciones que en ella se establecen reflejan la vida habitual de las personas en condiciones históricas concretas, y cómo esa cotidianidad influye en sus ideas, en su conducta y en su salud.

La familia, a la vez que influye en las condiciones de vida, es responsable también de que esta adquiera resultados cualitativamente superiores, pues en ella se reproduce y socializa el hombre.

Los problemas familiares no son universales ni eternos, en ellos actúan factores socioeconómicos, culturales y de carácter individual, por tanto, no tener en cuenta que la familia como grupo pertenece a un contexto socioeconómico específico, y a su vez presenta mecanismos propios de autorregulación, induciría a un análisis parcial e incompleto que posibilitaría la comprensión de los problemas familiares y de sus posibilidades de transformación.

La familia no es una formación estática; por el contrario, su carácter evolutivo se manifiesta en su constante transformación a través del tiempo, al pasar de una forma inferior a otra superior en la misma medida en que la sociedad evoluciona, y se amolda la forma de la familia a las condiciones de vida que predominan en un lugar y tiempo determinados.

Federico Engels en su libro *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*, hace referencia al proceso de transformación que sufre la familia, desde la familia consanguínea hasta la monogamia, en correspondencia con los estadios fundamentales de la evolución humana.

Este análisis implica ver el desarrollo familiar en un nivel macrosocial, al reflejar sus contradicciones, las particularidades propias de la sociedad en una etapa concreta de su desarrollo, y en un nivel microsociales en que el desarrollo de la familia está definido por las relaciones familiares que se forman en el contexto de un sistema social determinado; pero además, como pequeño grupo social, la familia funciona en correspondencia con sus propias regularidades internas.

En resumen, la naturaleza del modo de vida de la familia va a depender directamente del sistema social en el cual esta se desarrolla, de las características étnicas, culturales, económicas y políticas, y de las relaciones internas que se dan en las diferentes etapas que atraviesa, así como las condiciones materiales que van a determinar la salud de sus miembros.

El estudio de la familia se basa en la Teoría General de los Sistemas (L. Von Bertalanffy, 1976), según la cual un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero este no es reducible a sus partes y su función es más que la simple suma de ellos.

El sistema es no solo un conjunto de elementos, sino además nexos y relaciones que se organizan de determinada forma en función de una finalidad, en condiciones de espacio y tiempo específicas.

La familia es un sistema, dado que es un conjunto, grupo, compuesto por elementos, miembros del grupo familiar, que se encuentran en una dinámica acción particular, en la cual lo que ocurre a una persona afecta

a toda la familia; a su vez, la familia como sistema influye sobre el individuo y la sociedad, y viceversa.

Entre los miembros de la familia se establece una relación de interconexión en torno a una finalidad, donde cada uno se desarrolla con sus propias características y motivaciones en función del conjunto de reglas, normas y valores que establece la familia.

Así, un miembro de la familia es un sistema que está subordinado al sistema de la familia, como la familia está subordinada a la sociedad.

La familia puede concebirse como un sistema, en tanto expresa un conjunto de reglas, normas y valores que interdependen e interactúan en el logro de un objetivo común; se entiende como un grupo social que representa valores de la sociedad y desempeña un papel fundamental en la formación de los estilos de vida de cada miembro.

La familia como grupo sistémico es generadora del proceso salud-enfermedad, pues en ella se forman las normas y valores que resultan determinantes en este.

Además, es en ella donde se desarrollan las condiciones de vida en que se desenvuelve el individuo, matizado por la posición que ocupa la familia en la sociedad.

En el proceso salud-enfermedad se da la unidad biológica, psicológica y social, y el individuo debe asumir una actitud activa al recibir las influencias del medio ambiente; así, se convierte en gestor social de su propia salud.

Este proceso posee una realidad social muy concreta que se presenta en individuos o grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, que en última instancia son producto de las condiciones de trabajo y vida de los propios individuos. Por consiguiente, las causas e implicaciones del proceso salud-enfermedad deben buscarse en el ámbito de lo social.

Pérez Lovelle (1989), en su libro *La Psiquis en la determinación de la salud*, conceptualizó tres niveles de salud. Estos son:

- Nivel macrosocial, en el cual la relación sería entre la formación socioeconómica como un todo y el estado de salud de la población en general.
- Nivel microsocia grupal, en el cual se establece una relación entre el modo de vida y las condiciones de vida de determinado grupo, y el estado de salud de ese grupo.
- Nivel individual, en el cual aparecen, entre el estilo de vida individual, las condiciones individuales de vida y el estado de salud individual.

En este trabajo se aborda el proceso salud-enfermedad en un nivel microsocia, al tomar en consideración

el importante papel que tiene la familia en la promoción de salud, y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Al analizar el papel de la familia según las acciones de salud, se hace énfasis en que ella está presente desde que el individuo nace hasta que muere.

Todas las peculiaridades de la familia se manifiestan en cada una de las acciones de salud que se ejerzan sobre esta, solo que en algunas se hace más evidente el desempeño de una particularidad que en otra.

La familia aporta, con sus características y regularidades internas, toda una riqueza de contenido al proceso salud-enfermedad, que lo hace muy específico para cada una de estas de acuerdo con sus normas, valores, modelos cognitivos de salud, funcionamiento familiar y modo de vida.

Familia en la promoción de salud y prevención de enfermedad

En los últimos años, han ocurrido cambios en el cuadro de salud, donde ha sucedido un desplazamiento en los primeros lugares de las enfermedades infecciosas, para ser ocupados por enfermedades no transmisibles; conjuntamente se ha originado una modificación en el pensamiento científico, ya que se le otorga mayor participación a los factores psicológicos y sociales en la determinación multicausal del proceso salud-enfermedad.

Para la solución actual de los problemas de salud, es inevitable que las políticas en este sentido prioricen la acción de promover y prevenir, como única vía para elevar el estado de salud de la población.

F. Morales (1991) define la promoción de salud como aquellas acciones de los sistemas de salud, las instituciones locales de salud y de los promotores de salud de la comunidad, para lograr la participación consciente y activa de la población en el cuidado y la optimización de su bienestar mediante actividades que permitan:

- Motivar el cuidado de la salud, y evitar los riesgos de enfermarse.
- Desarrollar hábitos de higiene personal y ambiental.
- Aplicar buenos hábitos nutricionales.
- Eliminar hábitos nocivos como el fumar.
- Practicar ejercicios físicos y deportes.
- Hacer buen uso del tiempo libre, descanso activo y disfrute de la cultura.
- Estimular la participación activa y creadora en la vida laboral y de la comunidad.

- Inculcar buenos patrones de crianza infantil y de apoyo mutuo entre los miembros de la familia, y que consideren las peculiaridades de estos dentro del ciclo vital.
- Promover la educación sexual, planificación familiar y satisfacción de las necesidades de los recién nacidos: lactancia materna, estimulación precoz, etc.
- Fomentar la preparación para afrontar nuevas situaciones: escuela, trabajo y matrimonio, entre otras.
- Preparar a los individuos y las familias para el enfrentamiento de situaciones de crisis: separación, enfermedad y muerte de sus miembros, y otras situaciones tensionales de carácter laboral, escolar, etc.
- Capacitar a la comunidad para que identifique sus necesidades de salud y trabaje a través de sus organizaciones en la solución de sus necesidades.

Al analizar estas tareas, se puede apreciar que la familia está presente en cada una de ellas; sin embargo, es a los niveles macrosociales a los que se les otorga la labor de promover y fomentar la salud.

En Cuba, el Estado y la sociedad desde el inicio de la Revolución han asumido la responsabilidad de la salud de la población, hecho necesario dadas las condiciones históricas concretas en un momento determinado; actualmente, están creadas las bases para que esta responsabilidad pase a nivel individual, y la familia sea la máxima responsable de la salud de cada uno de sus miembros.

En el medio familiar es donde se originan y desarrollan los hábitos de vida, los cuales necesitan para su formación determinadas conductas que deben ser orientadas, controladas y estimuladas por la familia para su formación.

La existencia de hábitos alimentarios, higiénicos, educativos y de descanso, entre otros, que se forman durante la niñez y se reafirman durante toda la vida, constituyen la base para el disfrute de una salud plena.

Sin embargo, la carencia de estos hábitos puede provocar dificultades en la esfera autorreguladora de la personalidad, al no tener desarrollado el sistema volitivo, y desenvolverse en un medio inestable carente de hábitos de conducta.

De igual manera, en la familia se fomentan relaciones de afecto únicas e irrepetibles por sus características. Cuando un miembro de la familia nace, aprende a dar cariño en la medida en que lo recibe, y en función de estas relaciones de afecto y la satisfacción de sus necesidades emocionales será que se desarrollen patrones sanos de respuesta emocional.

Si en la familia prevalece la hostilidad, agresividad o indiferencia como vía de expresión de la esfera

emocional, esta será fuente de ansiedad y distrés, y de ella se obtendrá potencialmente factores psicopatológicos, que influirán de forma negativa en la salud de sus miembros.

Si la familia entre sus principales funciones tiene la tarea de brindar afecto y seguridad a cada uno de sus integrantes para garantizar la formación de hábitos y estilos de vida adecuados, a través de la satisfacción de las necesidades básicas elementales como el vestir, calzar, comer y educar, es en ella donde debe apoyarse la labor de promoción y en este sentido dirigir sus esfuerzos.

La promoción de salud, entonces, debe estar encaminada a fomentar el autocuidado personal, al brindarle a la familia recursos y alternativas con el objetivo de que esta promueva salud y genere estilos de vida sanos, como parte de la educación integral de sus miembros; para esto es necesario que el equipo de salud en la atención primaria se dote de técnicas que permitan crear y evaluar programas de atención, donde la familia se convierta en actor social de estos.

El desarrollo y la activación de potencialidades reguladoras de la familia unidas al fortalecimiento de los programas de intervención en educación para la salud, son importantes elementos para modificar el modo de vida familiar y el estilo de vida individual, con el fin de lograr un individuo capaz de asumir la salud como una responsabilidad individual, y de darle un sentido a la orientación e información obtenidas a través del medio familiar y las instituciones de salud.

La prevención de la enfermedad va más allá de la promoción de salud, se trata de identificar el factor de riesgo presente en un individuo o comunidad antes de que se produzca el acontecimiento que predice.

El factor de riesgo ha sido definido como toda característica o circunstancia determinada de una persona o un grupo de personas que según los conocimientos que posee, asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectado desfavorablemente por él. Puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente.

Para poder prevenir, es necesario tener un conocimiento sobre el riesgo y sus implicaciones en la salud, para lograr, entonces, modificar actitudes, conductas, normas y condiciones familiares que faciliten esta labor; pero el conocimiento por sí mismo, no regula directamente el comportamiento del sujeto.

Se sabe que el hombre bebe, fuma o come en exceso, consciente en muchos casos de lo perjudicial que son estos hábitos para su salud y la repercusión de ellos

en la aparición y/o descompensación de múltiples enfermedades como las cardiovasculares, diabetes y respiratorias, entre otras.

Solo modificando los tres componentes actitudinales, afectivo, cognitivo y conducta, a través de la involucración activa del sujeto, es posible evitar las conductas de riesgo para prevenir las enfermedades.

Esa labor preventiva sobre un individuo se hace más efectiva si se trabaja con su familia, pues esta posee mecanismos internos de regulación, es fuente de afecto y seguridad, lo que tiene un impacto sobre el estado de ánimo y la conducta del individuo; a su vez, la familia es fuente de información y de ayuda práctica, que contribuirá a que el sujeto se oriente mejor ante la situación e incluso, que disponga de algunas vías para evitar el riesgo.

En Cuba, se aplica el Programa Latinoamericano contra el Cáncer, el cual contiene los diez signos de alarma más frecuentes relacionados con la enfermedad, que son los siguientes:

- Mantener un comportamiento sexual y una higiene adecuados.
- Evitar un exceso de peso, y comer frecuentemente frutas, cereales, legumbres y verduras.
- No consumir tabaco y respetar al fumador.
- Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.
- Protegerse durante la exposición al sol.
- Seguir las recomendaciones de seguridad en el trabajo, siempre que por su actividad esté expuesto a sustancias cancerígenas.
- Acudir regularmente a realizarse una citología.
- Examinarse las mamas mensualmente y, si es posible, realizarse una mamografía a partir de los 45 años.
- Consultar al médico en caso de aparición de un bulto, llaga o herida, incluso en la boca, que no cicatrice y cambio de color de un lunar o verruga.
- Consultar al médico en caso de trastornos persistentes como pérdida de peso injustificada, molestias gástricas y cambios en sus hábitos intestinales, tos, ronquera o dificultad al tragar.

Como se ve, muchos de ellos están relacionados con el modo de vida familiar y en cómo la familia sea capaz de transmitir a sus miembros el autocuidado y la responsabilidad por su salud y el promover hábitos de vida sanos que garanticen el evitar conductas de riesgo.

De la acción directa que ejerzamos sobre la familia, dependerá en gran medida la prevención del cáncer y de otras enfermedades crónicas que tienen una alta incidencia en la población.

Por tanto, si desde la óptica de la atención primaria de salud se hace partícipe a la familia en la concepción y ejecución de los programas nacionales de salud como el Materno Infantil, Cérvico Uterino y del Adulto Mayor, se lograrán resultados muy significativos al convertir a la familia en actor y gestor de sus propios problemas de salud.

Tanto en la promoción como en la prevención, la familia constituye el eslabón primario sobre el cual debe estar encaminada toda acción de salud.

Familia en el tratamiento de la enfermedad

En la historia natural de cualquier enfermedad, primero aparecen síntomas inespecíficos, luego, los síntomas aislados y, más tarde, la enfermedad.

La enfermedad es una condición patológica del órgano u organismo, es una entidad que existe por sí misma y que siempre va a estar acompañada de componentes psicológicos.

La comprensión de cómo el psicólogo y el médico de familia participan en el origen y desarrollo de la enfermedad, se ha ido modificando tanto sobre la base de los resultados de investigaciones psicológicas en la salud humana, como por los resultados de investigaciones en campos colaterales que evidencian la acción de lo psíquico sobre complejos mecanismos de regulación humana.

Investigaciones muy recientes han demostrado que todas las enfermedades tienen una causa psicosomática, pues lo psíquico participa de una forma u otra en la aparición y el desarrollo de la enfermedad.

Lo mental afecta lo somático no por la aparición del síntoma, sino por la multiplicidad de formas, mecanismos y manifestaciones funcionales que resultan generadoras de inseguridad, ansiedad, depresión, estrés y otras formas de expresiones psicológicas no sanas, que una vez que alcanzan determinada estabilidad en el nivel personalógico, afectan por múltiples vías el funcionamiento somático del organismo.

Toda enfermedad tiene características peculiares en cada enfermo, lo cual va a estar relacionado con la percepción individual de los síntomas por él y el sentido personal que tengan para el paciente, por tanto, la enfermedad tiene un carácter subjetivo que la va a matizar en todos sus estadios de desarrollo.

La expresión subjetiva de la enfermedad va a depender de:

Valores familiares y sociales al asignar el rol de enfermo. El enfermo asume su rol en dependencia

de sus propias características de su personalidad y los patrones familiares referentes a su estado, lo cual facilitará o dificultará su evolución.

Cuando la familia le brinda seguridad al paciente y lo apoya en las demandas de su padecimiento, al estimularlo en la búsqueda de soluciones, esta está trabajando en función de obtener ganancia en salud y eliminar enfermedad.

Si la familia devalúa al sujeto por su enfermedad y este se devalúa a sí mismo, pierde sus intereses y se rompen sus objetivos, que da como resultado, junto con su proceso morboso, estados anímicos de depresión y ansiedad que pronostican un desarrollo desfavorable de la afección.

Valores estereotipados y prejuicios establecidos a nivel individual y familiar en la decisión de búsqueda de ayuda profesional. Esta actitud va a estar determinada por la capacidad que tenga la familia de abrirse como sistema, para romper las barreras que permitan la entrada de agentes extraños a ella, en la solución de sus problemas.

La búsqueda oportuna de ayuda profesional garantizará el diagnóstico precoz de la enfermedad, lo que facilitará el tratamiento oportuno, y la toma de medidas profilácticas y terapéuticas para que la afección se detenga y no se extienda en el caso de las entidades infectocontagiosas, como la hepatitis, a otros miembros de la familia.

Deseabilidad social de las enfermedades expresadas en una forma particular de autorrepresentación. Está en relación con el modelo cognoscitivo de enfermedad que tenga el individuo y su familia, lo que va a determinar el grado de aceptación de la afección y el impacto en su tratamiento. Por ejemplo, una familia que considere que el sida constituye una manifestación de conductas inmorales; la presencia de esta enfermedad en uno de sus miembros sería sinónimo de desmoralización familiar, lo que ocasionaría una crisis familiar no transitoria por desmoralización, que causaría la ruptura de la homeostasis familiar, por lo que la familia no cuenta en esos momentos con los recursos necesarios para afrontar la entidad, lo cual, a su vez, influye en que el enfermo se mantenga en su rol y no vaya a la búsqueda de alternativas de solución ante su nueva situación.

A su vez, la enfermedad le reporta al individuo la obtención de ganancias propias del rol de enfermo, la disminución de las exigencias familiares y sociales, y la justificación de sus propios fracasos.

Los autores L. Marcia y L. Rodríguez en su artículo "El estrés de las enfermedades crónicas y el tratamiento médico" consideran que la presencia de enfermedades crónicas puede constituir una situación estresante para el enfermo.

Este criterio se hace extensivo a la presencia de cualquier enfermedad, pues como plantean los autores, la presencia misma de la entidad puede implicar diferentes amenazas para el paciente, capaz de provocar una demanda por encima de la capacidad sentida para hacerle frente.

Estas amenazas pueden referirse a la propia vida del paciente y a sus temores de morir, a todo lo relacionado con la integridad corporal, su funcionamiento y el confort emocional, a la realización de las actividades y los papeles sociales acostumbrados a la independencia, etc.

Este estrés que acompaña a la enfermedad puede generar conductas facilitadoras que lo movilicen en la búsqueda de alternativas de solución a su problemática de salud, para modificar su estilo de vida, en caso necesario.

Sin embargo, si lo que acompaña a la enfermedad es el distrés, generará comportamientos no sanos que influirán en un desenlace desfavorable.

El estrés que tiene el enfermo se hace extensivo a la familia y esta puede asumirlo como un evento que la fortalecerá como sistema o romperá su equilibrio.

El tratamiento médico puede implicar un estrés adicional para el enfermo, en la medida en que le impone demandas que requieren un ajuste de mayor o menor envergadura, como sucede cuando debe lograr cambios básicos en su estilo de vida personal, tales como el abandono de hábitos nocivos, fumar, comer en exceso, beber y hacer vida sedentaria, entre otros, asistir con frecuencia a consulta, tomar medicamentos periódicamente, etc.

En estos casos, se hace aún más evidente el papel de la familia en el cumplimiento del tratamiento médico, sobre todo se hace partícipe de lo necesario que es para el paciente cambiar su estilo de vida y de cómo ella puede facilitar las vías para que esto ocurra, al modificar su modo de vida familiar.

Algunos estudios realizados señalan la importancia de la estabilidad familiar en la adherencia terapéutica y relacionan el grado de estabilidad familiar junto con la supervisión de un miembro de la familia con el incremento del tratamiento adecuado en niños, ancianos y esquizofrénicos.

La familia en el afrontamiento de la enfermedad de uno de sus miembros debe desarrollar una serie de actividades para que este resulte más efectivo. Entre ellas se citan:

- Buscar información profesional sobre la enfermedad, sus causas, consecuencias y métodos para su tratamiento.
- Aprender los procedimientos específicos que ayuden a combatir la enfermedad.

- Mantener dentro de los límites posibles las normas de conducta habituales que permitan minimizar la enfermedad y apoyar emocionalmente al familiar enfermo.
- Crear un conjunto de alternativas de solución posibles, en caso de empeorar o prolongarse la enfermedad.

Al analizar estas actividades, la familia le está brindando al enfermo apoyo social, lo cual es la vía más importante para que este obtenga los recursos que no encuentra en sí mismo.

Algunos autores consideran a la familia como el grupo ideal para obtener apoyo social, por tener las seis características siguientes:

- Énfasis en la responsabilidad, atención e interés mutuo.
- Gran identificación mutua.
- Énfasis más bien en la persona como individuo único que en su rendimiento.
- Interacción y comunicación cara a cara.
- Asociación y lazos estrechos entre sus miembros.
- Entrega de apoyo, afecto, seguridad y respuesta.

Caplan (1980), quien también considera la familia como el sistema de apoyo mejor conocido y más generalizado en todas las sociedades, señala entre las características de estos sistemas que en las relaciones con la persona, esta se considera como un individuo único, al que se le remunera por sus éxitos, y se le estimula y apoya si fracasa. El grupo familiar es sensible ante sus necesidades personales, que se consideran merecedoras de respeto y satisfacción.

Si bien resulta beneficioso que la familia brinde apoyo social al enfermo, se debe tener en consideración las verdaderas necesidades de este, y tener presente que:

- El enfermo puede sentir que recibe sin dar nada a cambio, lo que deteriora su autoestima y provoca sentimiento de minusvalía; esto afecta su autovaloración y le ocasiona limitaciones en sus relaciones interpersonales.
- El enfermo puede ocultar sentimiento y preocupaciones para dar una imagen favorable y no “disgustar” a la familia, lo que se convierte en fuente de distrés y ansiedad, lo cual se expresa en respuestas emocionales inadecuadas como hipersensibilidad, celos y agresividad, esto dificulta la interacción familia-enfermo.
- Cuando el apoyo consiste en negar la enfermedad, por ejemplo: “Tú estás muy bien”, puede reforzar la negación como mecanismo de afrontamiento del enfermo, y esto obstaculiza que este acepte su

enfermedad con los consiguientes efectos negativos que tiene este hecho, pues el sujeto asume un estilo de vida por encima de sus posibilidades reales, lo cual ocasiona el agravamiento de su enfermedad.

Según Fernando González (1994), el óptimo funcionamiento del apoyo social implica:

- Reconocimiento a la persona tal cual es.
- Respeto a la expresión auténtica de su individualidad.
- Que la persona sienta afecto en la comunicación.
- Que la persona sienta la posibilidad de expresarse y ser considerada en las decisiones de ese marco relacional.

Solo teniendo en consideración los elementos antes señalados, el apoyo familiar será realmente efectivo.

Para que la familia intervenga en todo el proceso de tratamiento de la enfermedad, es necesario que movilice sus recursos familiares, es decir, que sea capaz en esta nueva situación de:

- Mantener una unión física y emocional, al tomar las decisiones relacionadas con el afrontamiento adecuado de la enfermedad.
- Cambiar de estructura de poder, roles y reglas, si las condiciones lo requieren.
- Transmitir sus ideas de forma clara y directa, para lograr una comunicación eficaz.
- Expresar sus sentimientos y emociones positivas, para controlar la manifestación de los negativos en función de las demandas del enfermo.
- Mantener el equilibrio entre los intereses y las necesidades de cada uno de sus miembros con los de la familia como sistema.
- Cumplir cada miembro de la familia con las funciones y responsabilidades asignadas ante este nuevo evento vital.
- Buscar y aceptar ayuda de otros familiares o instituciones especializadas, si la solución del problema sobrepasa sus posibilidades.

Estos recursos familiares expresados en forma de categorías, cohesión, adaptabilidad, comunicación, afectividad, armonía, roles y permeabilidad, constituyen la manifestación del funcionamiento familiar. Este influye en la aparición y descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud.

En recientes estudios realizados sobre el funcionamiento familiar se ha observado cierta relación entre este y la presencia de, al menos, un miembro enfermo dentro del núcleo familiar.

En el municipio 10 de Octubre (Luyanó), se manifestó una tendencia a la disfuncionalidad familiar en aquellas familias que tenían al menos un miembro dispensarizado en el grupo III o IV de la historia clínica familiar, es decir, que tenían una enfermedad crónica no transmisible, psiquiátrica o de alguna secuela.

De igual manera, en el Centro Nacional de Rehabilitación del Asma, en estudio realizado a los adolescentes que padecían esta enfermedad se constató una tendencia hacia la disfuncionalidad, según su autopercepción del funcionamiento familiar.

Asimismo, en el área de salud del municipio Regla, se encontró una tendencia hacia la disfuncionalidad en aquellas familias con enfermedades crónicas no transmisibles y una tendencia a la funcionalidad en las familias supuestamente sanas.

Estos resultados estimulan la continuación de esta línea de investigación para buscar los recursos metodológicos que permitan su profundización.

La OMS (1978) en su artículo “La Salud y la Familia” considera que: “la salud del conjunto de los miembros es un hecho que determina y está determinado por el funcionamiento efectivo de la familia como unidad biosocial en el contexto de una cultura y sociedad dadas”.

No es difícil, entonces, darse cuenta que cuando la familia pierde su capacidad funcional se produce un daño importante en cada uno de sus miembros y en ella como grupo sistémico, lo cual afecta la salud familiar. Esta es un proceso único e irrepetible, con manifestaciones propias, que se caracteriza por:

- No es la suma de la salud individual, sino que tiene un origen multicausal.
- No es un estado estático; por el contrario, se encuentra en constante desarrollo y en él participa activamente cada miembro como subsistema que se encuentra en interacción con el sistema familiar.
- Es el resultado del equilibrio armónico entre sus tres componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar; este último es el que desempeña un papel rector, pues expresa la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros y la capacidad que tiene como grupo para afrontar las crisis.

La salud familiar expresa la capacidad de la familia para optimizar sus recursos y disminuir su vulnerabilidad a los diferentes eventos vitales que tengan valor psicológico para ella, por tanto, la salud familiar adquiere carácter específico en cada núcleo familiar, aunque refleje regularidades generales.

La familia sana en el afrontamiento y tratamiento de la enfermedad es capaz de:

- Experimentar bienestar y mostrar a sus integrantes el disfrute pleno de la vida con objetivos bien orientados.
- Autorregularse y mantener un funcionamiento familiar adecuado, que le permita afrontar los eventos vitales y crecerse ante las crisis.
- Respetar y estimular el crecimiento individual de cada uno de sus miembros, para mantener la cohesión y armonía familiar.
- Movilizarse por lograr un modo de vida sano, al implicar en esto, de forma activa, a cada uno de sus miembros.

La familia enferma no cuenta con estos recursos para afrontar una enfermedad, lo cual produce una crisis paranormativa en el núcleo familiar que va a dañar aún más el estado de salud del enfermo.

Si la familia como sistema está enferma, entonces es incapaz de suplir las demandas de atención y afecto del miembro enfermo, pues la salud familiar constituye la base para afrontar efectivamente cualquier enfermedad.

Familia en el proceso de rehabilitación y muerte

El proceso salud-enfermedad es continuo, y la pérdida de grados de salud lleva al hombre a la ganancia de grados de enfermedad, porque nada limita tanto la calidad de vida como experimentar en cada momento el empobrecimiento de las actividades diarias, y el progresivo y permanente acortamiento de las propias posibilidades.

Se sufre en estos casos la experiencia de una involución que con facilidad puede afectar la autoestima y el sentido personal de la vida, y esto provoca estados o procesos depresivos.

La preocupación por la calidad de vida está presente en toda la historia natural de la enfermedad, pero es precisamente en los tratamientos de rehabilitación donde este concepto adquiere importancia vital, pues no basta alargar la vida del enfermo, ya que gran parte desea vivir y no meramente sobrevivir.

Si la calidad de vida es importante para aquel que puede sanar, lo es incluso más para aquel que solo le queda la capacidad para disfrutar los aspectos positivos de cada momento presente.

Desde esta óptica, mejorar la calidad de vida implica el esfuerzo para que la enfermedad inevitable y la disminución real de las capacidades, signifiquen la menor alteración posible en la autonomía real del sujeto y entrañen las mínimas variaciones en su vida habitual.

Hoy es incuestionable el papel de la familia en la rehabilitación del enfermo, la atención médica especializada cuenta con ella en la reincorporación del paciente infartado, psiquiátrico y discapacitado.

Es a través de la consulta especializada que la familia puede asumir de manera adecuada el proceso de rehabilitación, pues no solo se trata de la deficiencia orgánica causada por la enfermedad, sino de la desventaja que experimenta el enfermo como resultado de su incapacidad.

El enfermo se siente derrotado por la sensación de pérdida de su sentido de vida, lo cual desorganiza sus sistemas de regulación psicológica, y trae consigo la pérdida de intereses y objetivos esenciales en las esferas relevantes para él, lo que tiene efectos dañinos para el proceso de rehabilitación.

Con frecuencia, el enfermo asume una actitud negativa hacia la familia, se culpa por su estado actual, y expresa de forma agresiva sus frustraciones, necesidades y conflictos internos.

Este afrontamiento inadecuado de su incapacidad, unido a las propias limitaciones de la enfermedad, causa una crisis no transitoria al desorganizarse la estructura familiar. De hecho, la familia trabaja por mejorar la calidad de vida de su enfermo, para reajustarlo a una nueva modalidad, pero en ocasiones adopta estilos de afrontamientos inadecuados y asume actitudes sobreprotectoras, negativistas, permisivas o de rechazo.

Cuando la familia sobreprotege al enfermo limita sus potencialidades de desarrollo, y crea las condiciones para que aumente aún más su sentimiento de minusvalía y disminuya la capacidad del sujeto para afrontar la vida.

Al negar las limitaciones reales del enfermo, la familia le exige por encima de sus posibilidades y él no cuenta con los recursos necesarios para hacerle frente, lo que repercute negativamente en su esfera autovalorativa con la consecuencia que esto tiene en el ajuste de su personalidad.

La permisividad genera descontrol en los mecanismos reguladores de la personalidad y limita el impacto de la familia sobre el enfermo; y al no influir en él, frena el desarrollo de la esfera volitiva tan importante para su recuperación.

Si la familia rechaza al enfermo, está obstaculizando toda posibilidad de recibir afecto, lo que es vivenciado de forma negativa por él; esto promueve manifestaciones inadecuadas que agudizan su desajuste emocional, al añadir el desequilibrio psíquico a su incapacidad orgánica.

Todas estas respuestas indebidas de la familia a la situación actual del enfermo, frenan su reincorporación a la vida social.

La familia, en este caso, debe ser capaz de cuidar al enfermo, y tratar, dentro de los límites que permita su enfermedad, de mantener su autonomía y reincorporarlo lo más rápido posible a sus hábitos anteriores, para lo cual es necesario que el enfermo y su familia acepten la enfermedad y aprendan a vivir con sus limitaciones.

Para alcanzar estos objetivos, la familia debe proponerse:

- Respetar ante todo la individualidad del paciente.
- Reestructurar su rol dentro de la familia, con vistas a disminuir las responsabilidades que sobre él existían, para modificar, en caso necesario, la jerarquía familiar.
- Garantizar las necesidades económicas de la familia para que el enfermo no se sienta como una “carga” dentro de ella.
- Motivarlo hacia la vida con intereses y objetivos bien definidos.
- Implicarlo de forma activa en el proceso de rehabilitación.
- Promoverle un nuevo estilo de vida para modificar, si es necesario, el modo de vida familiar.
- Elevar las capacidades físicas y psíquicas presentes en él, para disminuir su vulnerabilidad ante la enfermedad.
- Proveerlo, en todo momento, de afecto y apoyo emocional para lograr un mayor ajuste en sus relaciones interpersonales, confianza y seguridad en sí mismo.

De esta forma, la familia garantiza la rápida recuperación del enfermo y la optimización de todas sus potencialidades.

Una vez aceptada la enfermedad por el enfermo y sus familiares, y creados los mecanismos de ajuste familiar, la familia se ha crecido como sistema y ha sido capaz de superar las crisis, por lo que está en óptimas condiciones para funcionar como una familia sana.

La mayor pérdida de grados de salud se evidencia en la muerte; antes de que este momento llegue, generalmente le precede un estadio terminal de la enfermedad, donde el enfermo asume determinadas características.

Se trata, en este caso, de una persona a quien la inminencia de la muerte es tenida como cierta y predecible a corto plazo, debido a que su enfermedad ya no puede ser curada, a pesar de haber recibido un tratamiento adecuado, y para quien la terapia ha pasado de curativa a paliativa.

El objetivo de atención se centra en brindar apoyo y cuidado al enfermo en las últimas fases de la enfermedad, de modo que pueda vivirlas tan plenas y confortablemente como sea posible; se trata de detener el deterioro prematuro de la calidad de vida.

La familia, al tener conocimiento de la evidencia de la muerte de su enfermo, atraviesa por varias etapas:

- Negación: asume una barrera de silencio artificial e incómodo entre los familiares, y entre ellos y el enfermo, lo cual, de ser percibido por el enfermo, le genera sentimientos de inseguridad y desamparo; así no se siente apoyado por sus familiares.
- Agresividad: se manifiesta contra el equipo de salud o contra el médico que realizó el primer diagnóstico. Durante esta etapa, en la familia, se pueden generar dificultades en las relaciones interpersonales matizadas de agresividad y violencia en la comunicación.
- Depresión: dolor que experimenta la familia y limita la expresión plena de sus afectos y emociones. Ante esta situación, la familia debe ser capaz de buscar ayuda especializada para poder brindar apoyo a su enfermo. Este apoyo debe tener como objetivos:
 - Vivir a plenitud todos los momentos con el enfermo.
 - Establecer una comunicación clara y directa, y no evadir preguntas que generan más ansiedad y angustias al paciente.
 - Transmitir afecto, esperanza y seguridad, para satisfacer las demandas del enfermo.

La familia no acepta la muerte de su enfermo, aun cuando esta es inminente, lo cual motiva, en su interior, sentimientos de furia, enojo, desesperación, aislamiento y soledad, y se enfrenta a una crisis no transitoria por desmembramiento.

Este hecho se agrava en la familia, cuando la ocurrencia de la muerte es de forma accidental y rápida, sin previo periodo de preparación para afrontarla.

La familia es el lugar ideal para que ocurra la culminación del proceso de salud-enfermedad. Ahí el enfermo ha nacido, crecido y se ha desarrollado como individuo; ha logrado sus éxitos y fracasos, rodeado de apoyo y afecto, por tanto, ahí él se sentirá tranquilo y seguro hasta el último instante de su vida.

Consideraciones finales

A la familia, por su condición natural de formar normas, actitudes y estilos de vida que van a caracterizar al individuo, le es inherente toda acción de promoción de salud y prevención de la enfermedad.

La familia es el eslabón principal de apoyo social en el afrontamiento efectivo de la enfermedad y en su tratamiento adecuado. Constituye la base para el trabajo de rehabilitación, con el objetivo de lograr en el enfermo el reajuste a una nueva modalidad de vida que eleve su calidad.

La presencia y el afecto familiar son los mejores paliativos del enfermo terminal; en este sentido, debe estar encaminada la labor de la familia.

Bibliografía

- Ares, P. (1990). *La familia como objeto de estudio psicosocial. Mi familia es así*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, p.136.
- De la Cuesta, D., E. Pérez, I. Louro, *et al.* (1996). Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. *Rev. Cub. MGI* 12(1).
- García, L., y L. Rodríguez (1992). El estrés de la enfermedad crónica y el cumplimiento del tratamiento médico. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* 8(1).
- Grau, J. (1994). Conferencia de enfermedades crónicas y calidad de vida [inédito]. Maestría Internacional de Psicología. Facultad de Salud Pública, ENSAP, La Habana.
- Louro B. I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Rev. Cub. de Salud Púb;* 29(1): p. 48-51.
- Louro I. (2003). Enfoque familiar en la salud. En: Temas de Actualización en Salud Pública. [Monografía en CD ROM] Escuela Nacional de Salud Pública.
- Louro, I., O. Infante, D. De la Cuesta, E. Pérez, I. González, C. Pérez *et al.* (2001). Manual de intervención en salud familiar [en línea] [fecha de acceso: 20 de septiembre de 2001] Disponible en url: <http://bvs.sld.cu/libros/manual/indice.html>
- Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (2001). Familia y cambios socioeconómicos a las puertas del nuevo milenio. Informe final de investigación. La Habana: CIPS.
- Morales, F. (1991). La promoción de salud como problema de la psicología en la atención primaria. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* 7(4): 363-70.
- Morales, F. (1992). Procedimientos de evaluación de factores psicosociales de riesgo de enfermar. *Revista Interamericana de Psicología.* 1992; 24(2): 215-01.
- Moreno, B. (1996). Evaluación de la calidad de vida. *Manual de evaluación en Psicología, Clínica de la Salud.* Editorial Siglo XXI de España, S. A., s.l.
- Vera EA (2007). *La dimensión familiar en Cuba: pasado y presente.* Centro de Investigación y Desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello. Ed. Palcograf.
- Vera, A. (2002). Estudiar la familia. Un repaso. *Temas* (31): 107.
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas.* Editorial Fondos de la Cultura Económica, Méjico, pp. 30-53.
- Walsh, F. (2002). Normal family processes. Growing diversity and complexity. Editorial Guilford Press: New York.



INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

En este capítulo se abordarán las instrucciones para llenar el modelo 54-50 “Historia de salud familiar” (HSF) que aparece en la página 624.

El objetivo de este modelo es registrar la información relacionada con las características de la salud de los integrantes de la familia, las condiciones materiales de vida, el funcionamiento familiar, resultado de la evaluación de la salud familiar y el tipo de intervención a realizar.

Tiene como generalidades:

- La historia de salud familiar será confeccionada a cada núcleo familiar, la misma permanecerá en el consultorio médico como instrumento de trabajo básico.
- En caso de traslado de la familia dentro y fuera de la localidad le será entregado para hacerla llegar al nuevo médico.
- Cuando se incorpore una familia en el consultorio, en sustitución de otra, le será asignado el número de familia que ocupaba la anterior, en caso de tratarse de incrementos por construcciones de vivienda, se le asignará el número consecutivo que corresponda después del último asignado en la cuadra.

Instrucciones para el llenado y revisión

Cabeza del modelo:

- Familia número: anotar el número consecutivo que le corresponda a la familia en la comunidad.
- Número de historia de salud: anotar el número que corresponda a la circunscripción, CDR, y EBS respectivamente.
- Dirección de la vivienda (calle, entrecalles, número y apartamento): anotar la dirección completa de la vivienda.

Cuerpo del modelo:

Salud de los integrantes de la familia:

- Número de historia clínica individual: consignar el número de historia clínica individual de cada uno de los miembros del núcleo familiar.
- Nombre (s) y Apellidos: anotar el nombre (s) y apellidos de cada integrante de la familia en orden decreciente de edad.
- Sexo: anotar (f) si es femenino o (m) si es masculino.
- Fecha de nacimiento: anotar día, mes y año de nacimiento de cada integrante.
- Nivel educacional: anotar el nivel de escolaridad que corresponda a cada integrante de acuerdo con la siguiente clasificación:
 - Primaria sin terminar.
 - Primaria terminada.
 - Secundaria terminada.
 - Técnico medio terminado (especificar la especialidad).
 - Preuniversitario terminado.
 - Universitario terminado (especificar la especialidad).
 - Círculo o jardín infantil.
 - Vías no formales.
 - Preescolar no institucionalizado.
 - No escolarizado apto para el estudio.
 - No escolarizado no apto para el estudio.
- Labor que realiza: anotar la actividad laboral que desempeña cada integrante de la familia, puede coincidir o no con la profesión u oficio.
- Grupo dispensarial: anotar el grupo dispensarial que corresponda a cada integrante, de acuerdo a la clasificación de dispensarización: supuestamente sano (I), con riesgo (II), enfermo (III), deficiente o discapacitado (IV). Ver capítulo 11 “Dispensarización”
- Factores de riesgo y/o enfermedades: anotar las entidades nosológicas así como los factores de riesgos que presente cada integrante de la familia, en caso de discapacidad, especificar.

- Observaciones: condiciones del individuo que motivaron la baja como integrante de la familia (se mudó, falleció).

Condiciones materiales de vida familiar:

- Fecha: anotar día, mes y año en que se realiza la evaluación.
- Condiciones estructurales de la vivienda: en esta sección se reflejará las características de las condiciones estructurales de la vivienda. Marcar con una equis (x) según corresponda en dependencia de:
 - Buena (B) sólida, buen mantenimiento
 - Regular (R) requiere reparación
 - Mala (M) vivienda insegura
- Índice de hacinamiento: marcar con una equis (x) según corresponda con la tabla 65.1.
 - Índice de hacinamiento: personas que duermen en la vivienda.
 - No. de locales en que duermen las personas.
- Equipamiento doméstico básico: se considera equipamiento doméstico básico si poseen: TV, radio, refrigerador y plancha. Marcar con una equis (x) según corresponda en dependencia de:
 - Bueno: tienen más que estos tres básicos.
 - Regular: poseen al menos refrigerador, TV o radio y plancha.
 - Malo: no alcanzan tener estos equipos básicos.
- Satisfacción de la familia con los ingresos: marcar con una equis (x) según corresponda en dependencia de (criterio predominante en la familia: integrantes adultos y la evaluación del equipo básico de salud):
 - Satisfechos.
 - Medianamente satisfechos.
 - Insatisfechos.
- Observaciones: consignar cualquier información de interés sobre alguno de los acápite anteriores que el equipo básico de salud considere necesario resaltar por la influencia que pudiera tener en la evaluación de la salud familiar.

Funcionamiento familiar

Fecha: anotar el día, mes y año de la evaluación.

Marcar con una equis (x) según corresponda:

- Funcional: cumple con las funciones básicas y tiene buena dinámica de las relaciones internas
- Riesgo de disfuncionabilidad: incumple con una de las funciones básicas (función reproductiva), pero no repercute en la dinámica de las relaciones internas de la familia
- Disfuncional: incumple con algunas de las funciones básicas y está afectada la dinámica de las relaciones internas.

Resultado de evaluación de salud familiar

Fecha: anotar el día, mes y año de la evaluación.

Marcar con una equis (x) según corresponda:

- Familias sin problemas de salud: cuando la salud de sus integrantes y/o las condiciones materiales de vida sean favorables y de no serlo, no influyan en la dinámica de las relaciones internas y el cumplimiento de las funciones básicas de la misma, conservando la familia su equilibrio y capacidad plena para enfrentar y solucionar estas situaciones.
- Familias con problemas de salud: cuando existan dificultades con las condiciones materiales de vida y/o la salud de sus integrantes con una repercusión negativa en la dinámica de las relaciones internas y el cumplimiento de las funciones básicas de la misma, no conservando la familia su equilibrio y capacidad para enfrentar y solucionar estas situaciones. Marcar con una equis (x) cuál es el criterio predominante según corresponda:
 - Dificultades con las condiciones materiales de vida.
 - Dificultades con la salud de los integrantes de la familia.
 - Dificultades en el funcionamiento familiar.

Tabla 65.1. Indicadores para determinar el índice de hacinamiento

	Índice de hacinamiento	Aislamiento de habitantes
B	Índice bajo, cuando es menor o igual a 2 y la vivienda tiene sala y comedor	Posible aislamiento de los habitantes y separación por dormitorios de los adolescentes y adultos de distintos sexo, excepto matrimonios
R	Índice bajo, cuando es menor o igual a 2 y la vivienda tiene sala y comedor	No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios
M	Índice bajo, cuando es menor o igual a 2 y la vivienda carece de sala y comedor	No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios

Formas de intervención

Fecha: Anotar el día, mes y año de la evaluación.

Marcar con una equis (x) según corresponda:

- Intervención familiar educativa: cuando según el criterio del equipo básico de salud la familia sea tributaria de recibir información con el objetivo de producir conocimiento sobre determinados temas de salud y promover la reflexión para estimular la adopción de estilos de vida saludables y patrones de relación funcionales y adaptativos a los cambios, incluyendo los de salud-enfermedad.

- Intervención familiar terapéutica: cuando según el criterio del equipo básico de salud la familia sea tributaria de recibir este tipo de intervención por ser una familia disfuncional.

Nota: Hay familias que son tributarias de los dos tipos de intervención.

Anotaciones especiales

Se consignan en este acápite los elementos, que a criterio del equipo básico de salud, resulten de interés resaltar de la evaluación de la salud familiar o de la intervención o ambos.



Capítulo 66



ATENCIÓN A LA FAMILIA DEL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL

Nancy Guinart Zayas

La ansiedad suscitada por la experiencia de la muerte se configura con el componente esencial de la relación enfermo terminal-familia-equipo de salud.

Al entender que la muerte es el acontecimiento personal por antonomasia, no siempre en estos pacientes terminales emerge el conocimiento de la verdad como principio al que ajustar su proyecto de vida. La vivencia depresiva o resignada de ese período angustioso le permite asumir aquella afirmación de Goethe, según la cual “no existe ninguna situación que no se pueda ennoblecer o por el actuar o por el soportar”.

Por parte de la familia es difícil asimilar que aquel ser tan querido no pueda beneficiarse de los avances de la medicina, y admitir ese aforismo tan característico del médico, pero que tanto le afecta a él como a la familia, de que cuando no se pueda curar hay que aliviar, o al menos, consolar. Es muy problemático proporcionar este consuelo al enfermo terminal, si la familia no le ofrece el apoyo personal y afectivo que este necesita. Eso sucede muchas veces cuando el familiar se bloquea y no sabe qué decirle al enfermo, o cuando adopta ante él una actitud demasiado solemne.

Lo que en definitiva dificulta la fluidez de la comunicación en la relación enfermo-familia-equipo de salud, es la ansiedad. De ahí la necesidad de dominarla para que el enfermo pueda reconocer la verdad de su situación, que la familia olvide sus sentimientos de culpa por desear que la situación terminal se resuelva cuanto antes y se vuelque en el consuelo y alivio del enfermo, y que el equipo de salud no caiga en el error de evitar las visitas tanto a la familia como al enfermo.

Entre los métodos de trabajo que se deben utilizar y los indicadores de evaluación de los médicos, es importante aportar elementos de observación y de reflexión sobre la intervención multidisciplinaria que es necesario llevar a cabo sobre la familia y su entorno social. Así, cuando aparece la enfermedad terminal, puede ocurrir que: la persona afectada encuentre que vive sola, que vive con una persona mayor o, por último,

que vive en el seno de una familia extensa. Igualmente, sea cual sea la circunstancia, hay que tener en cuenta el apoyo que el enfermo necesita.

Comportamientos observados en familiares cuidadores

- Falta de información sobre el proceso de enfermedad, diagnóstico, evolución, descompensación, posibles complicaciones, actuación ante el paciente y recursos sanitarios de que disponen.
- Angustia y tensión ante la enfermedad, hechos que van a repercutir sobre el hogar y la familia, sobre su trabajo y la vida social.
- Sensación de pérdida de control e importancia ante las conductas del enfermo en cada momento.
- Falta de soluciones a las propias necesidades psicológicas del cuidado.
- Dificultades económicas o materiales, por ejemplo: vivienda.

Evolución de la actitud familiar y factores que influyen sobre esta

Al inicio se considera al paciente como una víctima inocente, luego esta enfermedad del familiar se va transformando en un peso y una molestia cada vez mayor.

Este impacto de la enfermedad tendrá más o menos repercusión en la familia en dependencia de que el enfermo esté hospitalizado o no, y la presencia o déficit de los factores siguientes: nivel o situación económica o material del entorno, número de miembros disponibles para la ayuda en el seno de la familia y vínculos entre ellos, nivel cultural, medio social en que residen, urbano o rural, el estado de salud de los pacientes que cuidan la evolución del propio proceso, las alternativas sociosanitarias, y el régimen y horario de trabajo.

Hay otros factores de índole psicosocial que generan mayor grado de estrés, como son las ideas de culpa de la familia y el hecho de encontrarse simultáneamente frente a otras situaciones estresantes: divorcio, separaciones, relaciones anómalas con hijos, o problemas de pareja.

Atención a la familia del enfermo terminal

Como profesionales no solo hay que saber reconocer, sino también manejar toda problemática que será diferente en cada caso por circunstancias que se derivan de todos los factores expuestos. Es evidente que solo es posible hablar de una serie de orientaciones que ha de realizar el equipo de salud, y que por demás, son indispensables:

- Valorar si la familia puede, desde el punto de vista emocional y práctico, atender al enfermo o colaborar del modo adecuado en su cuidado. Si es posible, debe decidir con qué grado de implicación lo va asumir; y si no puede, que valore la ayuda de la comunidad o de familiares más distantes, o que busque ayuda a otro nivel de la salud.
- Identificar entre los familiares a la persona que sea más adecuada para llevar el peso de la atención. El equipo de salud intensificará sobre esta persona el soporte psicoafectivo de la situación.
- El equipo debe planificar la integración de la familia, para que, con las orientaciones médico-psicológicas de él emanadas, pueda participar en cuestiones de la asistencia, como es la alimentación, la higiene, los cuidados directos al enfermo, los cambios posturales, el hábito de vacunación, las curas elementales, el humedecimiento de las mucosas, etc.
- Si la atención es en el hogar, independientemente de que se pueda realizar un ingreso en él, hay que encargar a una persona adecuada que debe asumir la administración de fármacos, cuya pauta debe ser ordenada siempre por escrito.
- La familia debe ser instruida en tipos de actuación ante la aparición de crisis, agitación y agonía, con el fin de que pueda asumir la presentación de un hecho esperado y paliar posturalmente algunas situaciones, para evitar estertores se usa laterización del paciente, por ejemplo.
- Esa educación o instrucción debe ser selectiva y clara sobre las normas de comunicación con el enfermo, que siempre será receptiva y comprensiva de sus deseos.
- El equipo de salud es el soporte práctico para la contención emocional del enfermo y su familia.

Para la prevención y tratamiento del duelo, el equipo debe constituirse como el sustrato dinamizado de la rehabilitación y recompensación de la familia.

Con un enfoque más actual, Florez Lozano distingue tres modelos básicos en la atención del enfermo terminal:

- Modelo de asistencia hospitalaria: está sociológicamente identificado con la tendencia de la sociedad moderna, en países que no tienen un sistema de salud comunitario como el nuestro, donde la familia lleva al enfermo a morir al hospital porque empieza a considerar que es inconveniente que fallezca en la casa. En este tipo de asistencia el concepto terminal implica que el enfermo es irrecuperable y que las acciones que debe recibir son de tipo paliativas, aunque se reconozca su perfección técnica, o precisamente a causa de ella, suele involucrarse al paciente en un ambiente de despersonalización e indiferencia que no es lo más conveniente para estos casos.
- Modelo correspondiente a los niveles más altos y sofisticados de asistencia hospitalaria: la institución hospitalaria es tan especializada que circunscribe la praxis sobre el enfermo limitado a los profesionales, y excluye de forma absoluta a la red familiar y social del enfermo.
- Modelo doméstico: ligado desde el punto de vista social al concepto tradicional de la muerte en casa, modelo doméstico, rodeado de todos sus seres queridos. La familia se esfuerza en arrancar al enfermo del hospital para que muera en el espacio hogareño. En este modelo no existe el término enfermo terminal, pues hasta la consumación de la muerte sigue siendo el enfermo.

En este modelo no solo considera de manera efectiva la atención de las necesidades físicas, pues hay que tener en cuenta los parámetros de sentimientos, deseos y pensamientos manifestados con anterioridad por el enfermo, además, la familia se esfuerza por evitarle el aislamiento. Por ser mucho más humano, y siempre que se cuente con los recursos sanitarios disponibles, cuando sea posible, se debe sugerir esta conducta a los familiares, beneficios que el enfermo agradecerá siempre.

Bibliografía

- Asociación Española contra el cáncer (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Madrid
- Borcía Goyanes J.J. (2001). El viejo y su futuro. En *Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico* (Hayflectz I, Barcia D, Miguel J., eds.) Editorial Ela SL, Madrid, p. 413.
- Polaino Yorente A. (2002). La familia y la sociedad frente al enfermo terminal. En *Tratado de medicina paliativa* (González Baron M. ed.) Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid, pp. 1-216.
- Sanz Ortiz J, X. Gómez Batista, M. Gómez Sancho, y J.M. Núñez Olarte (2004). *Cuidados paliativos*. Editorial Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Sanz Ortiz J. (1999). Eutanasia sí, eutanasia no. *Med. Clin.* (Barcelona) 100 (suppl): 17-9.

Capítulo 67



ENTREVISTA FAMILIAR

Isabel Louro Bernal

Particularidades

La entrevista familiar constituye una técnica en la cual los entrevistados son personas integrantes de un grupo con características especiales: la familia. Es uno de los procedimientos empleados para la evaluación y la intervención familiar. Proviene del campo de la terapia familiar y muy en particular de la práctica profesional de psicólogos y psiquiatras. Las diferencias en su empleo y estilo de conducción, se deben a las diferentes posiciones teóricas y escuelas de psicoterapia familiar.

La propuesta que se presenta en este capítulo integra diversos enfoques y métodos aplicados en la práctica psicológica en servicios de psicología en la atención primaria de salud en Cuba y en las prácticas docentes de la Escuela Nacional de Salud Pública.

La entrevista familiar se utiliza para alcanzar determinados objetivos en favor de la salud familiar. Se realiza con el fin de obtener información necesaria para el diagnóstico y el análisis de la situación de salud familiar o con el objetivo de realizar intervenciones. Resulta muy útil para la confección y actualización de la historia de salud familiar, para realizar de conjunto el plan de acción, tratar y evolucionar determinado problema en el seno familiar.

Para los terapeutas de familia, la entrevista tiene como objetivos principales: obtener información sobre el problema que motiva la consulta, y lograr un cambio en el síntoma del paciente identificado y en ciertos factores del funcionamiento familiar que mantienen la conducta sintomática. También se han planteado como objetivos obtener información y lograr la motivación de la familia para seguir participando.

Un carácter importante en la entrevista de corte psicoterapéutico es la formulación de hipótesis tentativas, para luego ser confirmadas, ampliadas y revisadas en el transcurso del tratamiento.

El enfoque sistémico para el análisis de los problemas de la familia, considera que estos, y los síntomas mentales y psicosomáticos están básicamente en el mal funcionamiento de la familia como un todo, Los síntomas del paciente identificado, integrante de la familia objeto de atención, se evalúan dentro del contexto relacional familiar.

En la entrevista se ponen de manifiesto las peculiaridades del funcionamiento del grupo familiar, que tiene carácter sistémico y representa los vínculos de particular significado entre sus miembros. Cada uno de ellos cumple funciones dentro del proceso comunicativo que se produce en la entrevista. El grupo aporta datos para el conocimiento del sistema familiar, aun cuando no estén presentes todos los integrantes.

Elementos importantes para su aplicación

Para la realización de la entrevista familiar se deben tener en cuenta ciertos elementos que determinarán su éxito, los cuales desarrollamos a continuación.

Respeto a los principios éticos

Para la aplicación de la entrevista familiar se debe velar por seguir ciertos principios éticos, como son:

- Tener el consentimiento informado de la familia y participación consciente de esta respecto a los objetivos de las sesiones de entrevista planificadas.
- Garantizar la confidencialidad de la información manejada en la entrevista.
- No transgresión a la ética de la familia y respeto a sus ideas, creencias, prácticas, límites y perspectivas de cambio que posee. Procurar no emitir juicios valorativos que dañen la autoestima de sus miembros.

- No generar expectativas de cambio que no estén al alcance del tipo de intervención que se pueda acometer.
- Evitar las comparaciones con familias en situaciones semejantes, ni poner ejemplos con casos de la propia comunidad ni establecer modelos para imitar.
- Orientar la filosofía de la intervención en salud de la familia hacia la toma de conciencia de esta sobre la necesidad del cambio, la vía es participativa y no impositiva, para generar fortaleza, autoayuda y autogestión, y no dependencia paternalista.

Las relaciones de poder se manifiestan más simétricas y democráticas entre la familia y el equipo de salud de la comunidad; sin embargo, cierta asimetría se ponen de manifiesto y resulta favorable cuando se revela el poder de la autoridad técnica, la capacidad de liderazgo y la credibilidad. Se involucran los miembros con diferentes actividades, para permitir que cada uno lleve una parte de la mejoría de la salud familiar, ya sea desde lo curativo hasta lo preventivo y promocional.

Neutralidad del equipo de salud para con la familia

Significa la adopción por parte del entrevistador de una posición en la que no tome partido por nadie, explícita o implícitamente, y en la que acepte las ideas, valores, metas y creencias de todos los componentes de la familia. Supone el no asumir una actitud a favor o en contra de un integrante de la familia en particular. Se muestra atención e interés por todos y cada uno, sin expresar agrado por uno en particular o desagrado. Cada integrante debe sentirse en igualdad de condición respecto a los demás en su relación con los entrevistadores.

Esta postura evita las alianzas con una parte del sistema, que generaría distanciamiento con la otra. Supone darles lugar en la sesión a los miembros de la familia, independientemente de su forma de ser y actuar. Se logra mejor compenetración con el grupo y se disminuye la resistencia de una parte de sus miembros. Siendo neutral, se evita formar parte del juego familiar y protege la capacidad de introducir algún cambio, algo nuevo.

La ausencia de confrontación permite que la familia acceda con más facilidad a una solución eficaz de su problema. La neutralidad establece un clima de aceptación y confianza que favorece la productividad de la entrevista familiar.

Carácter circular del proceso comunicativo

La comunicación en la entrevista familiar no debe ser un proceso lineal entre un emisor y un receptor. Tanto el equipo como el grupo familiar son emisores y receptores. No debe predominar el diálogo entre un integrante de la familia y el médico o la enfermera, sino que estos deben conducir el proceso de forma tal que facilite que la familia se escuche, hablen entre sí e interactúen en la discusión.

El análisis de los problemas y sus posibles soluciones se centran en las relaciones grupales familiares y en cada individuo.

La historia de vida individual, con sus factores causales intrasíquicos, no debe ser el tema central de la sesión, sino el problema en cuestión en el contexto de las relaciones familiares.

Planificación de condiciones

Lugar para la entrevista. La entrevista debe producirse en un lugar donde haya condiciones físicas que permitan la estancia de la familia y el equipo. Las condiciones agradables del ambiente físico, en términos de ventilación, iluminación y espacio, favorecen el bienestar en el momento de la entrevista, lo cual contribuye a su mejor desenvolvimiento.

Se debe contar con privacidad para concentrarse en la tarea, de manera que no exista la posibilidad de ser escuchados por personas ajenas al proceso. Se puede elegir como lugar el propio consultorio, un local de la comunidad acondicionado a tal efecto o la casa de la familia. Esta presenta ventajas y desventajas. Por un lado, las propias características del ambiente hogareño en la comunidad pueden obstaculizar el desarrollo de la entrevista y hacer perder el dominio a los entrevistadores, de forma tal que no se puedan cumplir los objetivos previstos; por otro lado, también puede favorecer por la posibilidad de aportar elementos importantes al diagnóstico, datos de la observación de las relaciones familiares en su medio y oportunidades de mayor participación de la familia en su conjunto.

Citación a la familia. La decisión de la entrevista familiar va a determinar, en gran medida, cómo será la citación de esta, ya que puede ser a solicitud del equipo de salud, a solicitud de la familia, presentarse la necesidad o darse la oportunidad de realizarla cuando se esté visitando el hogar, o en el consultorio sin que haya mediado la planificación previa.

Si el equipo determina citar a la familia para su evaluación, puede optar por dejar citación escrita en el hogar que explicita que es para todos los convivientes,

y los detalles de fecha, hora y lugar. Puede hacerse una concertación previa con los integrantes de la familia o la mayoría de ellos, a fin de convenir la mejor oportunidad de reunión.

Se debe cuidar que en el proceso de citación de un miembro hacia los demás, no intermedien datos adicionales que puedan indisponer a algunos miembros de la familia o aparentar alianzas con el equipo, pues esto provocaría rechazo y produciría inasistencia a la entrevista.

Encuadre del tiempo. Resulta conveniente dejar fijada la duración de la entrevista con la familia, desde el inicio. La familia debe conocer que el tiempo es limitado y cuánto tiempo estará ocupada en esta tarea. Esta limitación contribuirá a la productividad y valoración de la sesión de trabajo. Se conoce que entre 45 min y 1 h es suficiente, para cumplir los objetivos. Si esto no ocurre, se planifica otra sesión.

Acuerdo previo respecto a los objetivos y roles a cumplir. La entrevista debe tener previsto, desde el inicio, cuáles son los objetivos del equipo de salud para con la familia, aun cuando la propia dinámica pueda necesitar un ajuste de ellos.

El equipo debe acordar con antelación el rol a asumir por cada uno en la entrevista, quién será el conductor o facilitador, y quién asumirá el rol de observador y registrador de la sesión de trabajo. El observador debe llevar su hoja de anotación y reflejar la información necesaria, que se va trasladar a la historia de salud de la familia. El observador puede colaborar con el facilitador en el desarrollo de la entrevista, siempre que esté preparado para hacerlo.

El equipo de entrevistadores familiares debe repasar los pasos de la entrevista y trazar una estrategia que le facilite el cumplimiento de los objetivos, en dependencia de las características que previamente se conocen de la familia.

La observación. Debe acompañar la entrevista en todas las etapas de su desarrollo e, inclusive, desde el momento de la concertación de lugar y hora. Cumple la función de brindar información adicional a la verbal, ya sea reafirmando, complementando o falseando los contenidos de las otras fuentes comunicativas.

Los datos que se obtienen a partir de la observación deben estar contenidos en el reporte, también son útiles en el propio transcurso de la entrevista, pues pueden ser manejados como un elemento para las preguntas, por ejemplo: el niño tiembla cuando se comienza a hablar de la escuela.

Las actitudes, las reacciones emocionales frente a determinadas situaciones y frente al equipo de salud,

los gestos entre ellos, la posición que ocupan en el local, cómo se colocan en los asientos y cuándo se producen cambios de puesto o de posición en el mismo puesto, son datos de gran interés para la evaluación de la familia y la actualización de la historia de salud de la familia, en especial.

Etapas de la entrevista familiar

Etapa social:

- Recibimiento, saludo, y acomodo de la familia y del equipo en el local destinado para la entrevista.
- Presentación del equipo de salud, exposición de los objetivos de la entrevista y encuadre del tiempo.
- Se debe comunicar a la familia que la duración de la entrevista es de aproximadamente 45 min, esto contribuye a la optimización del tiempo y a la productividad de la sesión.
- Si la familia es entrevistada por primera vez, o hay miembros nuevos, se requiere la presentación de cada integrante de la familia, debe enunciar sus datos generales, la relación de parentesco, explicar su dedicación laboral, escolar o ambas. El jefe o cabeza de familia, deberá responder las preguntas relacionadas con el entorno de vida material y socioeconómica de la familia.
- Al final de esta etapa, se ha creado un clima de confianza y comodidad para proceder a la segunda etapa.

Etapa de interacción:

- Cada integrante de la familia expresará su percepción respecto a los problemas de salud existentes en su familia y dirá su forma de contribuir al problema existente.
- Los entrevistadores deben ser tolerantes y brindar confianza, para que la familia se sienta cómoda al exponer sus problemas.
- Se estimula la interacción comunicativa entre los miembros de la familia.
- Se formulan preguntas que contribuyan a la aplicación del proceso circular de comunicación, y a que la familia piense y encuentre soluciones en concordancia con el problema.

La técnica de la entrevista familiar requiere un riguroso cuidado de las preguntas que son formuladas por parte de los entrevistadores, en ningún caso deben sugerir un tipo de respuesta deseada y que no entrañe en sí un criterio valorativo respecto a cuán positiva, negativa, inaceptable, inmoral, etc., pueda ser.

Se describen cuatro grandes grupos de preguntas: lineales, circulares, estratégicas y reflexivas. Las preguntas lineales son para conocer la definición y explicación que la familia da al problema, ¿cuál es el problema en esta familia?, ¿desde cuándo ocurre esto que me cuentan? Las preguntas circulares se enfocan hacia los nexos de los problemas en vez de a sus orígenes: se trata de poner de manifiesto acciones, personas, percepciones, sentimientos y contextos, por ejemplo, al padre, ¿cómo se pone su esposa cuando el niño tiene asma, qué hace?

Las preguntas reflexivas tienen el objetivo de capacitar a la familia para que genere por sí misma nuevas reflexiones y conductas que faciliten la solución de sus problemas. Activan de modo intencional las reflexiones en la familia, el sistema de significados y creencias, lo cual estimula el cambio.

Si un adolescente tiene dificultades en las calificaciones escolares, se le puede preguntar: ¿qué planes tienes respecto a estudiar el preuniversitario? ¿Qué podría pasar si suspendes este curso?

Las preguntas estratégicas son de un nivel más alto de complejidad, se usan cuando se desea sacar a la familia de un atascamiento en un problema o se desea producir un viraje en la sesión. Son más típicas de las intervenciones propiamente terapéuticas y son más directivas del terapeuta, hacia alguien en la familia.

Etapa de compromiso:

- La dinámica de grupo se acerca a la identificación de posibles soluciones y la adopción de compromisos. En esta etapa la propia discusión que se ha generado en torno a los problemas que se presentan y sus posibles alternativas de solución, va dando paso a las decisiones que la familia va a tomar, ya sea reestructuración de roles, replanteamiento de normas, creencias o costumbres, adopción de un nuevo estilo de vida, de tratamiento e indicaciones médicas de algún miembro. Los entrevistadores deben estimular al máximo las propias posibilidades de la familia, para la búsqueda de soluciones.
- Se involucra a los miembros con diferentes actividades para permitir que cada uno lleve una parte de la mejoría de la salud familiar, ya sea desde lo curativo hasta lo preventivo y promocional.

Etapa de cierre:

- En este momento de la entrevista, se concluye la discusión.
- Se brinda connotación positiva, que significa expresar al grupo los elementos positivos que ha

tenido la discusión, la forma en que fueron capaces de abordar los problemas, las contribuciones de algunos miembros, lo positivo que puede tener los elementos más negativos.

- Se planifica el próximo encuentro, si fuera necesario.

En la literatura se reportan diferentes etapas de la entrevista terapéutica: varios autores coinciden en caracterizar la primera entrevista familiar. Para Haley, son cinco las etapas: social, planteamiento del problema, interacción, fijación de metas y contrato. Según Stierlin, las etapas son: diagnóstico, motivación para trabajar, celebración del contrato y preparación orientadora para la terapia ulterior. Las etapas de acuerdo con Andolfi, van desde el estadio social, la focalización del problema, el estadio interactivo hasta el contrato terapéutico.

El Grupo de Terapia Familiar de Milán propone que el equipo de entrevistadores, en una misma sesión, hagan la presesión dedicada al diagnóstico y establecimiento de hipótesis y la posesión dedicada a la intervención propiamente dicha, incluso se permiten dos pausas para consultarse los entrevistadores entre sí.

La primera conversación familiar constituye una situación nueva y única para el terapeuta, ya que cada familia es un organismo particular y complejo, de ahí que no se pueda estandarizar el proceder para la primera entrevista, debe quedar espacio para cierta flexibilidad, espontaneidad y comprensión empática entre terapeuta y familia.

Sin embargo, una guía de los pasos que se han de seguir en la entrevista familiar, aun cuando no tenga fines terapéuticos, contribuye a la organización y estructuración mental del proceder conductual para enfrentarla, produce cierta seguridad a los inexpertos y facilita considerablemente los primeros momentos del aprendizaje de esta compleja, pero necesaria técnica de trabajo, para los profesionales de la atención primaria de salud.

La entrevista familiar es un procedimiento válido para el médico y la enfermera de familia, se encuentra en la base de las entrevistas terapéuticas, pero usarla como hemos explicado, no significa hacer terapia familiar; esta intervención requiere entrenamiento muy especializado. Su aplicación contribuye a brindar una atención más integral y eficaz a la familia, y se enmarca en el nivel de intervención educativa, promocional y preventiva, y como momento del diagnóstico familiar que permite discernir si la familia necesita otro nivel de intervención, dada la complejidad de los problemas, el nivel de disfunción y la desestructuración familiar.

Bibliografía

- Castro A.P.L. (2002). *Cómo la familia cumple su función educativa*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, p. 8.
- Díaz T.M. (2003). La familia cubana ante la crisis de los 90. Departamento de estudios sobre familia. Centro de investigaciones psicológicas y sociológicas. Cuba. [en línea] [fecha de acceso 3 de mayo de 2003] Disponible en el url: <http://www.clasco.org>.
- Fabelo J.R. (2003). Los valores y sus desafíos actuales. Editorial José Martí, La Habana, pp. 166-81.
- Hernández R, M.I, Domínguez, C. O. Martín Valiño (2002). ¿Por qué emigran los cubanos? *Temas* (31):76.
- Louro B I (2003). La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana de Salud Púb;* 29(1): pp. 48 -51.
- Louro, B.I. (2002). Familia, Salud y Enfermedad. Un enfoque psicológico. Texto para Maestrías. Escuela Nacional Salud Pública, (ENSAP), La Habana.
- Louro, I., O. Infante, D. De la Cuesta, E. Pérez, I. González, C. Pérez *et al.* (2001). Manual de intervención en salud familiar [en línea] [fecha de acceso: 20 de septiembre de 2001] Disponible en url: <http://bvs.sld.cu/libros/manual/indice.html>
- Marrero, V. (1995). Síntesis de Terapia Familiar. Texto para la Maestría Internacional en Psicología de la Salud, Guayaquil, Ecuador.
- Martín, C. (2003). La identidad cubana. En *El cubano de hoy. Un estudio psicosocial*. Fundación Fernando Ortiz, La Habana. pp. 63-5.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y Programas en Terapia Familiar*, Editorial Piados, Barcelona, Buenos Aires, México.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Editorial Herder, Barcelona.
- Weber, T., J. McKeever, y S. McDaniel (1990). Guía para Principiantes de una 1ra. entrevista familiar orientada al problema, Hospital Sant Joan, Argentina.



Capítulo 68



PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

*Carmen Garrido Riquenes
Teresita Gutiérrez Coronado
Viviana de la C. Sáez Cantero*

Planificación familiar

La salud reproductiva es la posibilidad del individuo de tener una vida sexual plena, con capacidad para reproducirse, y que una vez decidido cuántos hijos tener y cuándo, poseer la información necesaria para seleccionar el anticonceptivo más adecuado, así como tener acceso a otros métodos legales de regulación de la fecundidad y a servicios adecuados de atención en salud, que le permitan a la mujer un embarazo y parto seguros, y a la pareja, la posibilidad de tener hijos saludables.

Se hace evidente la importancia de la planificación familiar como política de salud que contribuye a la salud reproductiva. Después de 1789, este concepto se amplió y surgió como política poblacional, basada en el argumento ecológico aportado por Roberto Malthus, quien fue apoyado por varios movimientos sindicales, y la teoría feminista (1914) que la defiende como un modo de emancipar a la mujer con el control de la natalidad. No es hasta 1923 que un médico norteamericano llama la atención sobre la precaria condición de salud de las multíparas.

El primer Programa Nacional de Planificación Familiar surgió en la India, en 1952, al tratar el tema del desarrollo nacional y la necesidad de regular la fecundidad; otros países se sumaron en las décadas de los 60 y 70. En América Latina, en 1961, solo un país ofrecía estos servicios; en 1975 ya eran 17, y en 1983 solo dos no los brindaban. Esto se debió a la aceptación que tuvo el programa, lo que quedó confirmado en las conferencias mundiales celebradas en Bucarest (1974) y México (1984).

El periodo fértil de la mujer se considera entre los 15 y 49 años y alcanza su máxima capacidad entre los 20 y 35 años. Se estima que una mujer promedio, que no regule su fecundidad, puede tener alrededor de 15 hijos, esto puede verse afectado por la pérdida de

óvulos fecundados o abortos espontáneos que ocurren en las primeras cuatro semanas, lo cual hace que el promedio esté entre cuatro y nueve hijos.

Diversos factores pueden afectar la fecundidad, como son: la lactancia materna exclusiva, la infertilidad, el uso de métodos de regulación de la fecundidad –anticonceptivos, regulaciones menstruales o abortos y la nupcialidad en sociedades donde no se concibe el embarazo fuera del matrimonio o en las que este ocurre a edades muy tempranas. Otros factores a considerar incluyen la frecuencia de la relación sexual y el tiempo para el reinicio de esta después del parto.

Desde la década de los 50 se ha podido apreciar una caída importante en las tasas de fecundidad. En América Latina, la mayoría de los países reportaban tasas muy altas, por encima de 6, ya en el periodo de 1985 a 1990 solo un país, Bolivia, reportó una tasa de 6,1; el resto de los que anteriormente estaban en igual situación, tasas muy altas, disminuyeron a moderadas y altas, entre 3 y 5,9, y los que estaban en tasas altas descendieron a bajas, hasta 2,9. Para la década de los 2000 se estima que la mayoría de los países mostrarán bajas sus tasas de fecundidad.

En algunos países la caída fue muy significativa, como el caso de Guyana que de 6,1, muy alta, descendió a 2,7, baja, y se le pronostica 2,1 para el año 2010. En el caso de Uruguay las tasas se han mantenido bajas en todos estos periodos: 2,7; 2,6 y se le estima que será de 2,3. Cuba, de una tasa alta, 4, bajó a 2.

Aunque los anticonceptivos influyen en el descenso de la fecundidad, otros métodos también la regulan. Las tasas de abortos son altas en los países que los reportan, sobre todo en las mujeres menores de 20 años; en otros existen subregistros, pues son ilegales. Las complicaciones de la interrupción de embarazo son muchas y pueden dejar secuelas como: perforaciones, infecciones, infertilidad secundaria y hasta muerte materna, la

más grave de todas, además de otras. El riesgo de que estas aparezcan aumenta con el tiempo de embarazo, sobre todo en países donde el aborto es clandestino, ya que muchas veces se realiza sin garantizar todas las condiciones de asepsia y de calificación del personal.

La planificación familiar como política de salud permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que deseen, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos. Su finalidad es: reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil, que las parejas disfruten a plenitud la sexualidad, y se logre una paternidad y maternidad responsables.

Entre las funciones más importantes del médico de familia están las de promoción y prevención de la salud, cae en este campo la planificación de la familia, la cual debe lograrse con la participación libre, consciente y voluntaria de las parejas, para lo que se impone que los individuos tengan una adecuada educación sexual. De ahí la importancia del tratamiento de este tema.

El proceso de educación sexual puede tener lugar en cualquier etapa de la vida, lo ideal es que se inicie en la infancia. Esta enseñanza, además, debe ser activa: el educador como facilitador y el educando participa con su propia experiencia en el aprendizaje, y contribuye al de los demás.

Durante la infancia deben tratarse, en los programas escolares, contenidos que permitan elaborar conceptos y poner en claro valores con respecto al cuerpo humano, la función social, la maternidad, la paternidad, la familia, la niñez, la adolescencia y la vida adulta, de forma tal que el niño, el púber y el adolescente, durante su proceso evolutivo, participen en las experiencias de aprendizaje. De esta forma, desarrollan su autonomía, lo que les permite ser responsables frente a sí mismos y a la sociedad. Se sabe, las actitudes y valores que intervienen en el comportamiento reproductivo, tienen origen y relación con las vivencias y los mensajes recogidos antes del inicio de esta etapa.

En los adultos también debe desarrollarse una enseñanza activa que los ayude a aprender, escoger, reflexionar y ejercer su autodeterminación al ser parte activa del proceso. Es importante que el facilitador tenga confianza en las potencialidades de los individuos, debe, además, ser flexible ante los problemas, dar respuestas creativas y brindar al educando los recursos necesarios para que logre asimilar una enseñanza que corresponda a sus necesidades e intereses vivenciales.

Esta educación debe ser consciente y sistemática, y es responsabilidad de padres, maestros, medios de comunicación y del sector de la salud. El médico de

familia, desde sus diferentes puestos de trabajo, puede contribuir con ello.

Debe quedar claro que educación no es igual a comunicación; esta última se limita a transmitir información y no logra cambios profundos que son necesarios para eliminar los mitos, prejuicios y estereotipos que interfieren con la responsabilidad familiar y de procrear. Actividades esporádicas que no toman en cuenta la forma en que se desarrolla el pensamiento, pueden incrementar el caudal de conocimientos, pero no lograr que el individuo llegue a la etapa de cuestionamiento del comportamiento. Esto explica porqué algunas personas, aunque conocen las características, indicaciones y contraindicaciones de los métodos de regulación de la fecundidad, no desarrollan capacidades para tomar decisiones responsables en materia sexual y reproductiva.

La educación persigue cambios en la conducta, y para ello debe seguir una metodología que fomente la creatividad, el sentido crítico, la capacidad de pensar, que permita identificar y resolver los problemas, y promuevan la participación social. De esta manera, la transformación en el comportamiento reproductivo se realizará por convicción individual, resultado de la toma de conciencia sobre la función que cada uno debe desempeñar en el mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.

Para poder desarrollar este proceso educativo, es importante que el educador tenga un amplio conocimiento sobre sexualidad y métodos de regulación de la fecundidad, además de manejar las técnicas participativas que le permitan desarrollar en las parejas, conociendo sus características psicológicas, biológicas y socioeconómicas, y su deseo de tener descendencia, la capacidad de determinar el mejor momento para ello y el método anticonceptivo más adecuado para lograrlo, con el auxilio del personal calificado.

Cuando una pareja concurre a la consulta de planificación familiar solicitando algún anticonceptivo, es muy importante saber escuchar y tener en cuenta sus características, así como los riesgos, beneficios, efectos secundarios y las complicaciones de cada método anticonceptivo disponible y su aceptación por parte de la pareja. Debe conciliar el anticonceptivo que se utilizará, la frecuencia de la revisión médica, que varía de acuerdo con el método seleccionado, y orientar la consulta rápida ante cualquier alteración que se presente, para decidir la conducta.

Se impone, por tanto, siempre que una mujer o pareja solicite algún método anticonceptivo, la confección de una adecuada historia clínica que permita

la identificación de factores de riesgo o condiciones patológicas, sociales o individuales que contraindiquen el uso de determinado método.

La historia clínica incluye:

- Interrogatorio consciente: En este se debe hacer hincapié en:
 - Edad actual y edad de la menarquía, madurez biológica.
 - Hábitos tóxicos.
 - Antecedentes patológicos personales y familiares.
 - Antecedentes obstétricos: paridad y fecha del último parto, abortos espontáneos, embarazos ectópicos e historia obstétrica desfavorable.
 - Antecedentes ginecológicos: características del ciclo menstrual, infecciones, malformaciones, tumores, endometriosis, operaciones, etc.
 - Características de la vida sexual: si conviven juntos o no, frecuencia de la relación de pareja, número de compañeros sexuales.
 - Condiciones sociales que puedan influir en la selección del método anticonceptivo: creencias religiosas o características individuales que hagan desagradables el empleo de algún método en particular.
 - Antecedentes de uso de algún método anticonceptivo y causas de su abandono.
 - Tipo de esterilidad que se desea: reversible o irreversible.
 - Deseo de participar en la anticoncepción de la pareja.
- Examen físico completo: se realiza prestando especial interés al aparato cardiovascular central y periférico, para descartar hipertensión, várices, etc.; a signos que evidencien trastornos hepáticos, y al aparato ginecológico: patología cervical como cervicitis, desgarros, incompetencia, descartar infecciones vaginal o pélvica, malformaciones, tumoraciones, y precisar la existencia de prolapsos. Se incluye el examen de las mamas.
- Exámenes complementarios: dirigidos a descartar elementos que pudieran contraindicar o reforzar la utilización de un método anticonceptivo. Cuando se quiere usar anticoncepción hormonal, se indicarán además: PTG, si hay factores de riesgo de diabetes, personales o familiares; electrocardiograma, si tiene antecedentes de hipertensión; estudio lipídico, en obesas o en presencia de otros factores de riesgo, y estudio hepático, si hay antecedentes de alteraciones hepáticas.

En todos los casos debe indicarse:

- Hemograma con diferencial.
- Eritrosedimentación.
- Exudado vaginal simple y con cultivo.
- Exudado endocervical.
- Prueba citológica.

Anticoncepción

Los métodos anticonceptivos disponibles, se clasifican de acuerdo con el tiempo de duración de su efecto en transitorios o temporales, reversibles, y definitivos o permanentes, irreversibles. Existen otras muchas clasificaciones, pero en la actualidad se hace difícil poder ubicar en cada grupo los diferentes anticonceptivos, porque en la práctica se combinan muchas de sus propiedades en busca de una mayor efectividad.

Se prefiere dividirlos en:

- Métodos de barrera:
 - Espermicidas: cremas, jaleas, aerosoles de espumas, supositorios o tabletas espumantes y supositorios solubles.
 - Mecánicos sin medicar: preservativo, o condón masculino, diafragma, capuchón cervical, escudo vaginal o condón femenino.
 - Mecánicos medicados: esponjas vaginales.
- Dispositivos intrauterinos (DIU):
 - Inertes.
 - Bioactivos o medicamentosos.
- Hormonales:
 - Locales.
 - Orales: combinados o progestágeno solo.
 - Sistémicos: inyectables, implantes, parches, etc.
- Biológicos o naturales:
 - Abstinencia periódica.
 - Coito interrumpido.
 - Lactancia materna exclusiva.
- Quirúrgicos:
 - Femeninos.
 - Masculinos.

La efectividad de cada método es variada y puede modificarse de una pareja a otra, se plantea que el anticonceptivo ideal debe reunir los requisitos siguientes:

- Eficaz en el 100 % de las parejas que lo utilicen.
- Inocuo, es decir, que no produzca efectos secundarios en los usuarios.
- Reversible: una vez interrumpido su uso, la fertilidad debe recuperarse en un período inferior a 2 años.
- Aplicable: que su manejo sea fácil y aceptado por la pareja.
- Económico, que no sea costoso.

Métodos de barrera

Los métodos de barrera, masculinos o femeninos, son aquellos que físicamente evitan el encuentro del espermatozoide con el óvulo y pueden ser usados en relaciones heterosexuales y homosexuales para promover un sexo seguro. Su mecanismo de acción impide el paso de los espermatozoides al canal cervical y de ahí al tracto genital superior, por el bloqueo que establece la barrera mecánica o el espermicida, que contiene un agente no iónico, el cual actúa sobre la superficie de los espermatozoides y rompe sus membranas, los inmoviliza y mata cuando se encuentran en concentraciones apropiadas.

Espermicidas

Los espermicidas son métodos de barrera químicos que actúan tanto físicamente, formando una barrera mecánica que interfiere con el movimiento de los espermatozoides, como bioquímicamente, inmovilizando o destruyendo los espermatozoides que han sido bloqueados.

Se pueden usar solos o en conjunto con el diafragma o el capuchón cervical con lo cual aumenta su efectividad.

Las preparaciones contienen un excipiente, en forma de aerosol, crema, jalea, película soluble, supositorio o tableta y un agente químico, que puede ser un ácido, bactericida o agentes activos de superficie (detergentes). Entre estos últimos se encuentran nonylphenoxy polyethoxy ethanol (nonoxynol-9 or N-9), laurato de methoxy polyoxyethylene glycol 550 y p-methanylphenyl polyoxyethylene (8.8) ether (TS-88).

Tasa de fallo. Alrededor del 15 % por año, cuando se usan solos.

Modo de empleo. El producto se coloca profundamente en la vagina, con el dedo o con un introductor, 10 o 15 min antes del coito. En un tiempo variable en dependencia del tipo de preparación, los aerosoles actúan inmediatamente, cremas y jaleas a los 2-3 min, supositorios y tabletas de 3-15 min y películas solubles alrededor de 30 min. Si el coito se repite debe usarse una dosis adicional y no se debe duchar la vagina hasta 2-6 h después del coito

Los aerosoles y espumas necesitan obligatoriamente de un introductor –jeringa, este se carga del recipiente, y luego se introduce en la vagina y se inyecta.

Ventajas.

- Su utilización es simple y se controla por la mujer.
- Aumentan la lubricación vaginal lo cual puede causar mayor satisfacción.
- Carecen de efectos indeseables sistémicos.

- Pueden usarse durante la lactancia.
- Pueden discontinuarse en cualquier momento.

Desventajas:

- Requieren autocontrol.
- Algunas parejas consideran que interrumpen la espontaneidad de la relación sexual.
- Los preparados espumosos producen algo de calor al formar la espuma, así como irritación genital, y raramente, reacción alérgica.

Mecánicos sin medicar

Preservativos o condón masculino. Probablemente en la actualidad el preservativo sea el método anticonceptivo mecánico más usado en el mundo. La mayoría son de goma látex o de poliuretano, impermeables a espermatozoides y la mayor parte de bacterias y virus causantes de las ITS o VIH. Son de varios estilos, los tipos básicos son los simples, de punta redondeada, y los que tienen tetillas en la punta, pequeño receptáculo que recoge el semen eyaculado (Fig. 68.1). Algunos vienen lubricados para facilitar su aplicación; se fabrican de varios tamaños, grosores, colores, sabores, con superficie lisa o rugosa, pueden contener espermicidas y además están disponibles condones con benzocaína para ayudar a los hombres con eyaculación precoz, ya que este anestésico en forma de gel local desensibiliza la punta del pene y ayuda a retardar la eyaculación prematura. Los condones se presentan enrollados, individualmente, en paquetes sellados.

Tasa de fallo. Del 2 al 15 % en el primer año de uso y se debe a imperfecciones en la producción y errores de técnica al emplearlo. Puede obtenerse mayor efectividad al usar conjuntamente con un segundo método, como jaleas o espumas espermicidas. Usado correctamente, se considera tiene una efectividad de hasta el 98 % en evitar un embarazo.

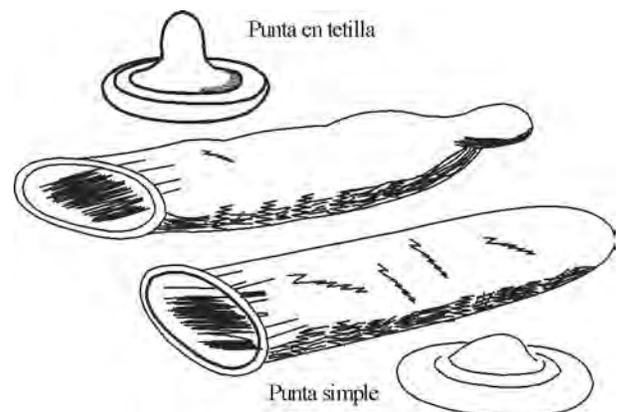


Fig. 68.1. Tipos de preservativos.

Modo de empleo. Se coloca el condón enrollado sobre la punta del pene erecto y se desliza sobre este al ir desenrollándolo, de modo que el órgano quede cubierto con el dispositivo. Si se usa condón de tetilla, habría que extraer el aire contenido en ella antes de colocarlo; si se usa el simple, es conveniente dejar la punta un poco floja para recoger el producto de la eyaculación. Debe sostenerse con la mano el extremo abierto del condón y retirarse con el pene aún erecto, para evitar que se derrame el semen.

Ventajas:

- Es fácil de usar, no necesita supervisión médica.
- Fácil de adquirir y transportar. Disponible en gran variedad de lugares (tiendas, farmacias, supermercados, estanquillos de prensa, etc.)
- Protege contra las enfermedades de transmisión sexual.
- Puede prevenir la eyaculación precoz.
- Puede usarse rápidamente después de un parto y puede dejar de usarse en cualquier momento.
- Permite al hombre asumir mayor responsabilidad en la prevención de embarazos no deseados e ITS.

Desventajas:

- Toma tiempo para colocar correctamente el condón antes del coito.
- Puede reducir la sensación de contacto durante el coito, causando menos placer en ambos miembros de la pareja.
- Alergia al látex, a los lubricantes o al gel de benzocaína en este tipo de condón.
- No puede usarse lubricantes de base grasa pues contribuyen a su rotura.
- Pueden producir molestias por la fricción con el pene, los labios o la vagina, cuando se utilizan condones sin lubricar.
- El condón puede tener imperfecciones o romperse al colocarlo o durante el sexo.

Diafragma vaginal. Es una barrera mecánica entre la vagina y el canal cervical. Los diafragmas son circulares, en forma de cúpula, y están hechos de goma látex; el reborde exterior tiene un arco de metal. Los hay disponibles en tamaños que varían de 50 a 105 mm de diámetro, que aumenta en variaciones de 2,5 a 5 mm. La mayoría de las mujeres requieren diafragmas de 70-80 mm. Usualmente hay tres tipos disponibles (Figs. 68.2 y 68.3): con resorte plano, con resorte en espiral y con resorte arqueado, este último es probablemente el más fácil de usar para la mayoría de las mujeres.

El diafragma se usa junto con espermicidas, jaleas o cremas, ya que es inefectivo cuando se usa solo.

Tasa de fallo. Cuando el diafragma es del tamaño apropiado y se usa adecuadamente, la tasa de fallo es similar a la del condón.

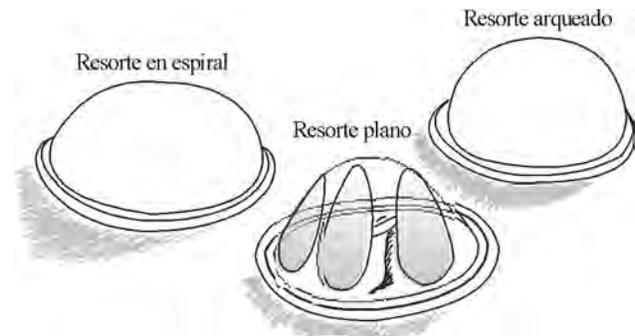


Fig. 68.2. Tipos de diafragma.



Fig. 68.3. Manipulación.

Modo de empleo. Se coloca una cucharadita de espermicida en el lado cervical del dispositivo y en sus bordes, antes de introducirlo en la vagina, medicación que a la vez actúa como lubricante para la inserción. Se comprimen los bordes y se desliza en la vagina utilizando su eje diagonal, desde la cara posterior de la sínfisis del pubis al fórnix vaginal posterior, de modo que el cérvix y gran parte de la pared vaginal anterior queden cubiertos. La mujer debe verificar que el dispositivo cubra bien el cérvix (Fig. 68.4), identificándolo a través de la goma o reconociendo el anillo grueso del diafragma en el fórnix vaginal posterior detrás del cérvix. Después de colocado, una cantidad adicional de espermicida debe aplicarse en la vagina y alrededor

del diafragma. Se recomienda adicionar una cantidad extra de espermicida, si el coito demora más de 3 h y antes de cada acto subsiguiente.

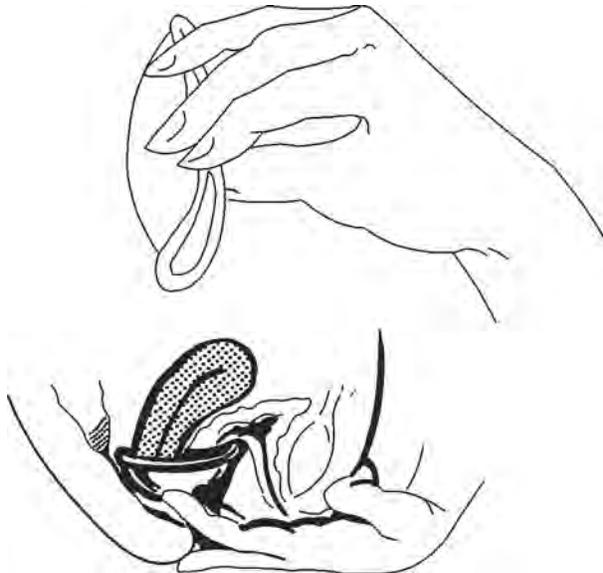


Fig. 68.4. Modo de colocación.

El dispositivo se retira entre 6 y 8 h después del coito y se guarda limpio y protegido, lavado con agua y jabón suave, seco y en envase cerrado.

Todo esto requiere un proceso previo en el que se examina a la mujer y se calcula la medida del diafragma; se le coloca el dispositivo escogido y si no le ajusta bien, se prueban otros tamaños o tipos hasta que se encuentre el correcto. Se le enseña a la mujer cómo usar el dispositivo y se le pide que se lo coloque, acostada, en cuclillas o de pie con una pierna sobre un taburete o cajón. Se verifica si está bien colocado. Puede solicitársele que practique en la casa y si existen dudas, debe acudir nuevamente con él colocado para verificar su empleo correcto. Debe recomendarse asociarlo a otro método, mientras no se esté seguro de su uso adecuado.

Ventajas:

- No interfiere con la sensación coital, colocado correctamente ninguno de los miembros de la pareja nota su presencia.
- Puede ser útil en reducir el riesgo de transmisión de ciertas ITS y la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico.
- Puede colocarse hasta 6 h antes del coito.
- Puede dejar de usarse en cualquier momento.
- Es un método bajo control femenino.

Desventajas y efectos colaterales:

- Requiere de evaluación pélvica previa e instrucción inicial por el profesional de la salud proveedor de servicios de planificación familiar.
- Requiere manipulación de los órganos genitales.
- La obesidad severa y la artritis pueden dificultar la inserción o retirada del dispositivo.
- La efectividad del método depende de la mujer, de tomar las acciones correctas antes y después de cada coito.
- El diafragma puede romperse durante la retirada (raro).
- Después de cada coito: el diafragma requiere ser lavado y guardado en lugar apropiado para evitar su deterioro.
- Requiere ser reajustado después de partos, abortos o algunas operaciones ginecológicas.
- Cuando es muy grande puede causar dolor pélvico y dispareunia.
- Reacción alérgica al material del diafragma o al espermicida.
- Puede provocar retención urinaria, promoviendo el crecimiento bacteriano que puede llevar a infecciones del tracto urinario.
- Puede crear reacción inflamatoria o erosiones en los fónix anterior y posterior por el contacto de los bordes del dispositivo con la pared vaginal.
- Si se deja colocado por periodos de tiempo más prolongado del recomendado, puede llevar a vaginosis y aumento del riesgo de infección del tracto genital superior o infección urinaria.
- Ciertas condiciones limitan el uso del diafragma como son cistocele o rectocele grandes, prolapso uterino y desgarros perineales profundos.

Capuchón cervical. El capuchón cervical es un dispositivo de colocación, más profunda, más pequeño y usualmente más rígido que el diafragma y, a diferencia de este, solo cubre el cuello uterino. Se supone que este se mantiene en su lugar por succión. Se han fabricado de metal, caucho y plástico y deben usarse conjuntamente con un espermicida. Para proveer una eficaz barrera para los espermatozoides, al colocarlo debe quedar ajustado bien firme al cuello.

La utilidad práctica del método es muy limitada por dos razones:

- La variación en el tamaño cervical hace necesaria la individualización, y tomar la medida del capuchón cervical adecuado para cada cérvix es difícil.
- Muchas mujeres no pueden alcanzar el cérvix con sus dedos lo cual dificulta una correcta colocación.

Lo expuesto, pone en dudas el rol actual del capuchón cervical en la anticoncepción.

Ventajas:

- Puede usarse por mujeres que no pueden usar el diafragma por prolapsos genitales.
- Puede colocarse hasta un día antes del coito.
- Es improbable su desplazamiento de lugar durante el coito.
- Se puede dejar colocado por más de 24 h, permitiendo coitos repetidos sin necesidad de removerse.

Desventajas:

- La colocación inicial debe realizarse por un personal profesional de la salud.
- Si se deja colocado por varios días, puede causar secreción vaginal maloliente.
- La popularidad tanto del diafragma como del capuchón cervical ha disminuido debido a la disponibilidad de otros métodos anticonceptivos más convenientes y porque ellos ofrecen protección limitada contra las ITS.
- Escudo vaginal o condón femenino.
- Consiste en una fina y fuerte funda de poliuretano, con una longitud aproximada de 17 cm, que posee dos anillos flexibles en cada extremo, uno de los cuales es cerrado. El extremo cerrado se fija profundo en la vagina cubriendo el cuello y el otro permanece fuera de la entrada de la vagina, cubriendo la vulva. El interior del condón está lubricado con un material a base de silicona. En algunos países está disponible una versión de caucho nitrilo sintético y existe otras versiones en desarrollo.

Tasa de fallo. Usado correctamente, se estima que es efectivo en un 95 % en evitar un embarazo.

Modo de empleo. Se comprimen los bordes del anillo del extremo cerrado del dispositivo y se introduce en la vagina como si fuera a colocarse un diafragma, quedará recubriendo el cérvix y las paredes vaginales.

Ventajas:

- Se puede insertar hasta 8 horas antes del contacto sexual.
- No requiere de la erección peneana.
- Como no está fabricado con látex, pueden usarse lubricantes de base grasa.
- Interfiere menos en el placer sexual que el condón masculino.
- Está bajo el control de la mujer.

- No requiere ser guardado en lugares especiales porque el poliuretano no se afecta con los cambios de temperatura y humedad.
- Protege contra las enfermedades de transmisión sexual, al igual que el condón masculino.

Desventajas:

- El anillo exterior cubriendo la vulva, lo hace poco atractivo para algunos usuarios.
- Durante su uso se produce un ruido que puede disminuirse añadiendo más lubricante.
- Puede desplazarse durante el coito.
- Algunas mujeres lo encuentran pesado para insertarlo y removerlo.
- Es caro.
- Su disponibilidad es limitada.

Mecánicos medicados

Esponja anticonceptiva. Las esponjas iniciales fueron de colágeno, con resultados no favorables, después surgieron las de poliuretano con diferentes concentraciones de N-9 como espermicida. Actualmente hay tres marcas de esponjas anticonceptivas disponibles: la esponja del día (*Today sponge*), el tampón vaginal *Pharmatex* y la esponja *Protectaid* (Fig. 68.5).

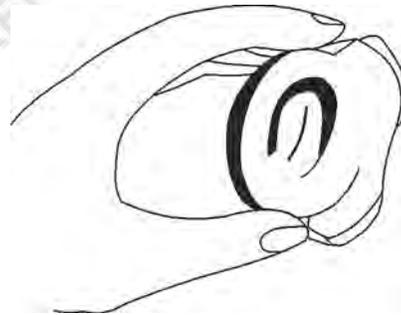


Fig. 68.5. Esponja anticonceptiva.

La primera es de poliuretano, tiene forma de hongo y contiene aproximadamente 1g de N-9. La misma actúa bloqueando el orificio cervical externo a través de la acción espermicida del N-9. Es activa por 24 h, pero no debe retirarse antes de las 6 h del coito y la máxima duración es de 30 h. Las tasas de fallo reportadas varían entre 9 y 27 %.

La esponja *Pharmatex* es una espuma cilíndrica (40 x 20 mm), impregnada con 60 mg de cloruro de benzalconio como espermicida. Puede ser colocada hasta 22 h antes del coito, debe permanecer al menos 2 h después del mismo y hasta 24 h como máximo. Las tasas de fallo reportadas son del 19 %.

La esponja *Protectaid* es un disco de espuma impregnada con 5 mg de gel F-5 con tres agentes espermicidas: 6,25 mg de N-9, 6,25 mg de cloruro de benzalconio y 25 mg de *sodium cholate*. Puede insertarse hasta 6 h antes del coito, pero no menos de 15 min antes y debe permanecer colocada al menos 6 h después del coito sin exceder las 12 h. En estudio reciente, la tasa de fallo fue de 23 %.

Forma de presentación. Se empaquetan de manera individual en recipientes de cierre hermético.

Modo de empleo. Viene adjunto con el producto.

Ventajas. Se puede colocar hasta 24 h antes del coito y dejarla colocada hasta un total de 30 h, pues admite varios coitos. Incluye un espermicida.

Desventajas y efectos colaterales. Puede ser irritante, provocar prurito o erupción cutánea, se puede expulsar y también puede causar olor desagradable. La eficacia es muy variada, según lo reportado por las diferentes investigaciones; parece ser menos efectiva que el diafragma.

Dispositivos intrauterinos

Los dispositivos intrauterinos son los métodos anticonceptivos reversibles más difundidos y utilizados en el mundo, se calcula que alrededor de 60 000 000 de mujeres los emplean y que esta cifra aumenta constantemente.

Existen múltiples diseños (Fig. 68.6) que se pueden dividir según fueron desarrollados y por su composición en:

- Inertes o de primera generación. Los hechos de catgut, polietileno, plásticos o acero inoxidable, dentro de los que están: el anillo, el asa Lippes, el escudo de Dalkon, en desuso, el Sof T Coil, la espiral de Margulies y otros.
- Bioactivos o medicamentosos: de plástico con hormonas, con cobre, y con cobre y plata. Incluyen los DIU de segunda y tercera generación:
 - De segunda generación: 7 de cobre, T de cobre 200, nova T, multiload 250 y progestaser con progesterona.
 - De tercera generación, los más recientes: T de cobre 200 C, T de cobre 380 Ag, T de cobre 380 A y multiload 375.

Los DIU más recomendados en la actualidad son los que tienen cobre, que han probado ser más apropiados, inocuos, eficaces y provocar menos pérdida de sangre menstrual que los inertes, así como tener una mayor duración de uso que los que contienen hormonas, estos últimos son los que menor sangrado inducen.

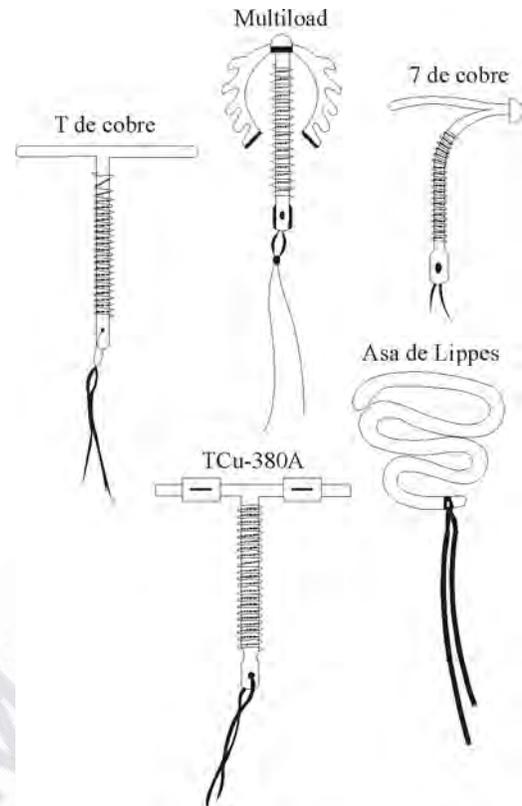


Fig. 68.6. Tipos de DIU.

Tasas de fallo. La eficacia ha ido en aumento, en los de primera generación y en el 7 de cobre y la T de cobre 200, por encima de 2 por 100 mujeres por año.

En los restantes de segunda generación, es inferior a 1,5/100 mujeres en 1 año.

En los de tercera generación son muy inferiores a las anteriores.

En el caso de los DIU con hormonas, la tasa es de aproximadamente 2 por 100 mujeres por año.

Mecanismo de acción. Se desconoce con exactitud cómo actúan los DIU para evitar la concepción, usando cualquier tipo de DIU, son pocos los espermatozoides que atraviesan el moco cervical. Los DIU provocan una reacción inflamatoria local, no dependiente de invasión microbiana, según estudios de laboratorio, con aumento de macrófagos, por la presencia del cuerpo extraño. Los leucocitos se disponen alrededor del DIU en el fluido endometrial y la mucosa, y se extienden al estroma y miometrio colindantes. Se crea, por tanto, un ambiente hostil para la implantación.

En los DIU que contienen cobre, el cobre libera un ion citotóxico que destruye los espermatozoides.

Los DIU liberadores de progestágenos tienen una acción similar a los administrados por vía oral y sistémica; estos cambios afectan la capacitación y transporte

de los espermatozoides y, por ende, la fecundación, así como la nidación. La mayoría de los autores coinciden en que el mecanismo es complejo y que interviene más en lo primero que en lo segundo.

Procedimientos adecuados para la inserción:

- Interrogatorio para descartar contraindicaciones.
- Cuidadoso examen pélvico y del cuello uterino.
- Descartar todo proceso infeccioso al nivel de pelvis y vagina.
- Consentimiento de la paciente para utilizar el método.
- Personal adiestrado en la manipulación de la técnica de inserción.

Técnica:

- Se coloca un espéculo para visualizar el cuello uterino.
- Limpieza del cérvix y vagina con algodón o torunda y solución antiséptica.
- Se realiza una gentil tracción del labio anterior del cérvix con una pinza de cuello simple con el objetivo de rectificar el canal uterino.
- Se realiza medición de la dirección y profundidad de la cavidad uterina con el histerómetro, o puede utilizarse el émbolo que se emplea para empujar el dispositivo a través del introductor o conductor.
- Luego, rectificado el canal, se introduce el conductor a través del cuello hasta pasar el nivel del orificio cervical interno o hasta el fondo del útero, según el tipo de dispositivo específico, para lo cual debe leerse al detalle las instrucciones.

Por ejemplo, el caso del asa de Lippes estaría en la primera generación (Fig. 68.7), en tanto que la mayoría de los DIU con cobre le corresponde la segunda (Fig. 68.8).

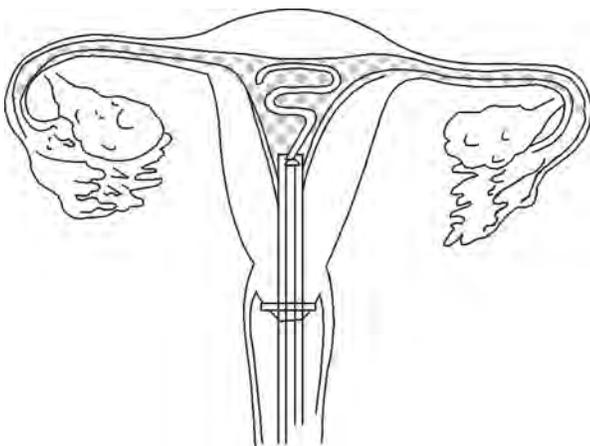


Fig. 68.7. Asa de Lippes insertada.

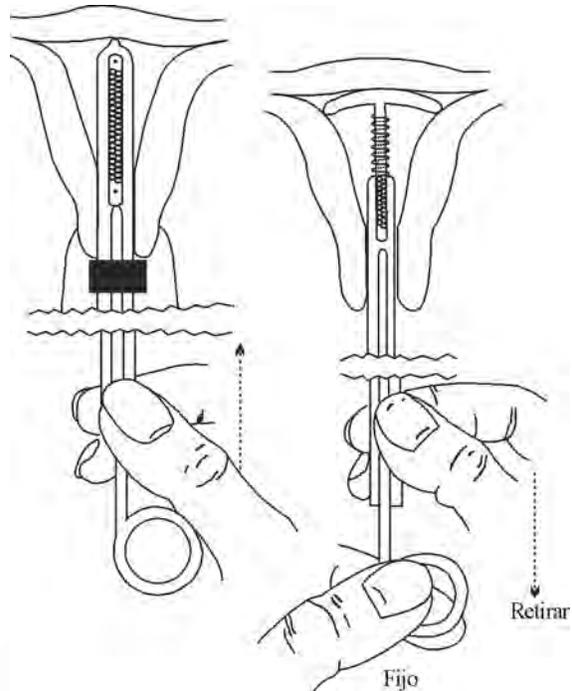


Fig. 68.8. Inserción de DIU de segunda generación.

Momento oportuno para la inserción de un DIU:

- Durante la menstruación, porque en ese periodo el canal cervical es completamente permeable, y es menos probable que la paciente esté embarazada. Además, la cavidad uterina es más distensible y las contracciones uterinas que ocurren durante la inserción serán menos notables.
- Después de un aborto o de un parto, en desuso después del alumbramiento, se recomienda en el examen posparto a las 6 semanas.
- Inserción poscoito: en circunstancias en que la mujer ha estado expuesta al riesgo de embarazo como resultado de un contacto sexual no protegido, es posible colocar un DIU de cobre hasta 5 días después del contacto sexual. En las nulíparas será necesario analizar con cuidado los riesgos y beneficios que implican esta forma de anticoncepción poscoital. En este método debe tomarse en consideración los riesgos de un procedimiento invasivo y en especial el de infección.

Cuidados del seguimiento:

- Inmediato: dejar recostada o sentada a la mujer por unos minutos después de la inserción, por el reflejo vagal que puede producir la colocación del dispositivo.
- Mediatos: examinar a las 6 semanas para comprobar satisfacción de la paciente, detectar presencia de

dolor, expulsión del DIU o asegurarse de que no hay infección. Debe repetirse a los 3 y 6 meses.

- Tardío: examen con una frecuencia anual.

Indicaciones. Las más adecuadas candidatas para el uso de DIU son:

- Mujeres multiparas con relación monogámica, sin antecedentes de ITS o salpingitis.
- Mujeres que desean un método de alta eficacia libre de control diario y sin relación con la actividad coital.
- Mujeres con contraindicaciones para el uso de anticonceptivos hormonales.

Contraindicaciones. Se dividen en:

Absolutas:

- Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) aguda o crónica.
- Cervicitis aguda.
- Embarazo comprobado o sospechoso.
- Sangramiento uterino anormal en que no se conozca la causa.
- Cáncer ginecológico.

Relativas:

- Historia de enfermedad inflamatoria pélvica desde el último embarazo.
- Embarazo ectópico previo.
- Trastornos de la coagulación sanguínea.
- Enfermedad cardíaca valvular.
- Flujo menstrual abundante.
- Antecedentes de ITS y presencia de factores de riesgo para adquirirlas.
- Nuliparidad, sobre todo cuando se asocia a otras contraindicaciones.
- Dismenorrea moderada o severa.
- Anomalías congénitas del útero que afecten la cavidad uterina.
- Miomas uterinos.
- Anemia ferropénica, para la T de cobre.
- Enfermedad de Wilson, para la T de cobre.
- Edad menor de 25 años, debido a alta frecuencia de infecciones por *Clamidia*.

Ventajas:

- Su uso no se relaciona con el coito.
- Baja tasa de fallo.
- Algunos tipos de DIU, después de insertados, protegen por 10-13 años o más.
- Se consideran más seguros que los métodos hormonales, debido a la ausencia de efectos colaterales sistémicos.

Desventajas:

- Se requiere un personal de salud para la inserción y retirada.
- Dolor a la inserción y un tiempo posterior.
- Pueden ser expulsados parcial o completamente colocando a la usuaria en riesgo de un embarazo.
- Los DIU con cobre producen un sangramiento más prolongado, con manchas.
- No protegen contra las ITS.

Efectos secundarios y/o complicaciones:

- Sangrado: ocurre después de la colocación, y puede durar entre 8 y 10 semanas; hay menstruaciones más abundantes que pueden durar por tiempo indefinido, pero que rara vez se convierten en metrorragias, y cuando el sangrado es muy severo, causa anemia y no resuelve con tratamiento antiinflamatorios no esteroideos o progestágenos, y será necesario retirar el DIU.
- Dolor: puede ser desde una ligera molestia en bajo vientre o región lumbar hasta un síncope en los casos más graves, poco frecuente. Ocurre sobre todo en nulíparas o mujeres con muchos años sin partos, por lo general es en forma de cólicos y no sobrepasa las primeras semanas, aunque puede aparecer como dismenorrea. El dolor guarda relación con el tamaño del DIU. Es importante destacar otras causas de dolor como infección o perforación.
- Perforación: la mayoría de las perforaciones suceden en el momento de la inserción, de ahí la importancia de utilizar el histerómetro para determinar la medida y dirección del útero antes de este proceder. Esta complicación se presenta en menos de 1 caso por cada 1 000 inserciones. El dispositivo al perforar el miometrio puede alcanzar la cavidad peritoneal.
- Expulsión: la generalidad de las expulsiones espontáneas tiene mayor frecuencia durante la menstruación y en los primeros meses después de la inserción. La expulsión se relaciona con el tamaño, forma y rigidez del DIU. La mujer debe revisarse periódicamente en busca de la guía del dispositivo y si no la siente debe acudir a su médico de familia porque puede suceder que lo haya expulsado sin percatarse de ello. Otra posibilidad es que la guía se encuentre en el interior del canal cervical o de la cavidad endometrial o que se haya partido y expulsado solo la guía. Ante un caso en el cual existan dudas de la presencia del DIU en cavidad uterina se debe indicar ultrasonido abdominal o transvaginal o, si es necesario, rayos X de pelvis en vista anteroposterior y lateral con uso de un histerómetro para determinar la cavidad y el fondo uterinos.

- Infección: muchos estudios documentan la asociación entre DIU y EIP o salpingitis. El mayor riesgo de infección es en el momento de la inserción, por la contaminación de la cavidad endometrial. Al parecer las mujeres con factores de riesgo para ITS tienen mayor probabilidad.
- Embarazo: si ocurre con la presencia de un DIU y la mujer desea continuarlo, la incidencia de aborto espontáneo es de hasta el 50 %. Alrededor del 5 % de los embarazos que tienen lugar con una T de cobre *in situ*, son ectópicos, aunque este riesgo disminuye en relación con aquellas mujeres que no usan anticoncepción. El riesgo de anomalías congénitas en mujeres que conciben con DIU *in situ*, no se incrementa.
- Embarazo ectópico: secundario a salpingitis crónica, debido a infección tubaria por *Chlamidia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y otros gérmenes. En un estudio se encontró que las tasas de embarazo ectópico fueron de 2-4 veces mayor entre las usuarias de DIU. Las tasas de embarazo eutópico y ectópico disminuyen a medida que aumenta el área de cobre del DIU. Autores recomiendan valorar riesgo/beneficio antes de ofertar un DIU como método anticonceptivo en mujeres jóvenes nulíparas, cuando existen otras alternativas como los métodos hormonales.

Indicaciones para retirar un DIU:

- Deseo de embarazo.
- Razones médicas.
- Expulsión parcial.
- Dismenorrea persistente.
- Sangramiento o anemia a consecuencia de este.
- Salpingitis aguda.
- Infección por *Actinomices* en la citología.
- Embarazo.
- Perforación.

Dispositivos intrauterinos como anticoncepción de emergencia. La inserción de un DIU de cobre dentro de los primeros 5 días después de un coito sin protección, se recomienda como uno de los métodos de reanticoncepción de emergencia; sin embargo, su uso se ve listado a mujeres con partos anteriores, ya que la nuliparidad constituye una contraindicación relativa para la inserción de un DIU.

Anticonceptivos hormonales

Anticoncepción hormonal oral. Incluye tres tipos diferentes de píldoras anticonceptivas:

- Anticonceptivos orales combinados (AOC): contienen estrógenos y progestágenos, y pueden ser monofásicos o multifásicos.
- Píldora de progestágeno solo (PPS) o minipíldora.
- Anticoncepción hormonal poscoital.

Anticonceptivos orales combinados. Son los más utilizados en la actualidad, compuestos por combinaciones de estrógenos y progestágenos, tomados durante 20 o 21 días, seguido de un intervalo sin esteroides durante el cual ocurre el sangrado uterino. El régimen de administración más común es de 21 días, seguidos por un intervalo de 7 días, durante el cual no se toman tabletas o se sustituyen por placebo: tabletas de hierro o vitaminas.

En la actualidad, la mayor parte de los preparados comerciales contiene de 20 a 35 µg de etinilestradiol en conjunto con levonorgestrel, noretindrona o un progestágeno de nueva generación.

Los anticonceptivos orales secuenciales hoy en desuso por las altas dosis de estrógenos con que comenzaban sin oposición, aumentan el riesgo de carcinoma endometrial, además de ser menos eficaces.

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) monofásicos mantienen la misma concentración de estrógenos y progestágenos en todas las píldoras del ciclo, por lo que no requieren un orden específico para su ingestión; no ocurre así con los multifásicos, en los cuales las concentraciones varían en los diferentes momentos del ciclo, por lo que el orden es obligado para garantizar su efecto. Estos preparados permiten emplear dosis mínimas más cercanas al ciclo normal, con una alta eficacia; por ello la tendencia en el mundo es a utilizarlos más.

En nuestro medio se conocen el triquilar, trienor, etinor, genora y microgynon, etc.

Tasa de fallo. La probabilidad de fallo por el método oscila entre 0,2 y 1 por 100 mujeres en 1 año; sin embargo, por una inadecuada utilización, olvido en tomar las píldoras, puede llegar hasta 6,2.

Mecanismo de acción. Todos los anticonceptivos esteroidales operan mediante la combinación de efectos directos e indirectos a los mismos niveles: hipófisis, ovario, endometrio y cérvix. La acción primordial de los AOC es inhibir la ovulación mediante la inhibición de la hormona folículo estimulante pituitaria (FSH) y la hormona luteinizante (HL), para impedir de este modo la maduración folicular y la onda preovulatoria de la LH. El efecto neto de los AOCs sobre el moco cervical es que el componente progestágeno lo torna relativamente impermeable para el espermatozoide, en

la misma forma que es posible que, al nivel endometrial, la receptividad para el blastocito quede reducida. Estos mecanismos actúan a modo de respaldo, en el caso de que ocurra ovulación.

Existe muy poca conexión entre el ciclo de los AOC y el sangrado de retiro, con el ciclo menstrual y la menstruación; este último controlado por el eje hipotálamo-pituitario-ovario queda anulado cuando una mujer usa AOC. El sangrado de retiro es una respuesta endometrial, al suprimir las hormonas artificiales, y es independiente de la acción que la píldora ejerce sobre el ovario.

Absorción de las hormonas esteroideas. El estrógeno y el progestágeno ingerido por vía oral se absorben en el intestino delgado superior y son transportados al hígado por la circulación portal. El metabolismo del hígado genera metabolitos de ambas hormonas, en lo fundamental en forma de sustratos y glucurónidos, mediante un proceso de conjugación, efecto del “primer paso”; aquellos que no son conjugados entran en la circulación general y desde el punto de vista fisiológico son activos. Los esteroides conjugados vuelven a entrar al intestino con la bilis, hasta el 40 % del etinilestradiol pasa por la circulación enterohepática y retorna al intestino, la flora bacteriana del intestino aparta los grupos de sulfatos y glucurónidos del etinilestradiol y permite su reabsorción; en la forma activa, los progestágenos conjugados que vuelven a entrar al intestino se mantienen biológicamente inactivos.

Interacción con otras drogas. El anticonceptivo esteroide puede interactuar con otras drogas e interferir en su acción, o a la inversa. Cualquier reducción de la biodisponibilidad de los esteroides anticonceptivos provocará un sangrado intermenstrual o, en ocasiones, un embarazo no deseado.

Las drogas que interactúan con los anticonceptivos esteroideos orales son las siguientes:

- Antibióticos de amplio espectro, sobre todo ampicilina, tetraciclina, cefalosporina y cloranfenicol, los que pueden alterar la flora bacteriana del intestino y reducir la tasa de producción de etinilestradiol no conjugado. Deben tomarse precauciones durante el tratamiento y durante 7 días después.
- Rifampicina y algunos anticonvulsivos como los barbitúricos, la etosuximida, la primidona, la carbamazepina y la fenitoína; ciertos hipnóticos como el hidrato de cloral, la dicloralfenazona y la glutetimida; además de otras drogas tales como la clorpromacina, el meprobamato, la fenilbutasona, la griseofulvina y la espirinolactona, que incrementan la actividad de las enzimas del hígado. Esto aumenta la producción

de metabolitos de esteroides anticonceptivos y, por ende, reducen su eficacia.

En todos estos casos, será necesario recomendar el uso de un anticonceptivo adicional, si el tratamiento con la droga interactuante es corto; para una terapia más prolongada será necesario cambiar el método por otro anticonceptivo o bien podría usarse un anticonceptivo oral combinado con más de 50 µg de estrógeno en un inicio o puede aumentarse esta dosis, si otros métodos no son aconsejables.

Además, los anticonceptivos orales pueden disminuir la eficacia de otras drogas utilizadas en el control de la presión sanguínea y de la diabetes, warfarina, esto los hace contraindicados en cierta manera.

Ventajas o beneficios de los AOC. Incluyen ventajas anticonceptivas y ventajas no relacionadas con la anticoncepción:

Anticonceptivas:

- Son muy eficaces para evitar el embarazo.
- Son sumamente convenientes al no estar relacionados con el coito.
- Son reversibles.

No anticonceptivas:

- Regulan los desórdenes relacionados con el ciclo menstrual.
- Reducen la probabilidad de dismenorrea y síndrome premenstrual.
- Disminuyen el riesgo de anemia por pérdida de sangre, de enfermedad inflamatoria pélvica y de embarazos extrauterinos.
- Reducen el padecimiento de acné.
- Mejoran el hirsutismo y la endometriosis sintomática.
- Reducen el número de mujeres con cáncer de endometrio y de ovarios, y los quistes ováricos funcionales.
- Disminuyen al 50 % las enfermedades mamarias benignas.

Además, se ha comprobado la disminución del riesgo de fibromas uterinos por cada 5 años de uso de un AOC, una modesta protección sobre las enfermedades del tiroides y su efecto protector contra la artritis reumatoide.

Es posible que se presenten menos úlceras pépticas.

Las usuarias de AOC en la última década de su vida reproductiva tienen aumentada la densidad ósea.

Indicaciones:

- Cuando exista contraindicación temporal o definitiva de métodos locales.

- Al inicio de la vida sexual activa.
- Cuando existen trastornos menstruales.
- En ciertas afecciones ginecológicas: endometritis, hiperplasia glándulo-quística, ovaritis escleroquística, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis.

Contraindicaciones:

Absolutas:

- Embarazo.
- Enfermedad tromboembólica.
- Cardiopatía isquémica.
- HTA grave.
- Hiperlipidemia.
- Cefalea migrañosa.
- Historia de ictericia colestásica del embarazo y síndrome de Dubin Johnson, desórdenes de excreción hepática.
- Hepatitis infecciosa.
- Adenomas del hígado.
- Cáncer dependiente de hormonas.
- Sangramiento genital no diagnosticado.
- Lactancia materna, hasta el destete o 6 meses después del nacimiento.
- Ansiedad inaplacable de la mujer por la utilización del método.
- Historia de cualquier condición importante grave afectada por los esteroides sexuales, como síndrome urémico hemolítico, corea u otosclerosis.

Relativas:

- Factores de riesgo para la enfermedad arterial: hábito de fumar; hipertensión leve; edad mayor de 35 años, sobre todo asociada al hábito de fumar; obesidad –índice de masa corporal >30–; diabetes mellitus, si existe nefropatía o retinopatía se convierte en absoluta; historia familiar de enfermedad arterial: cardiopatía isquémica, AVE isquémico en familiar de primera línea, sobre todo si es menor de 50 años. La combinación de dos factores la hace absoluta.
- Enfermedad cardiaca vascular.
- Hiperprolactinemia, investigar antes de prescribir la píldora. Los AOC pudieran causar expansión del adenoma pituitario.
- Oligomenorrea o amenorrea, previo estudio.
- Inmovilización a largo plazo.
- Depresión severa.
- Enfermedad sistémica crónica: enfermedad de Crohn, diabetes, síndrome de malabsorción y enfermedad renal crónica. Debe consultarse con el especialista de atención.

- Enfermedad trofoblástica reciente.
- Anemias falciformes.

Efectos colaterales:

- Sangramiento intermenstrual.
- Náuseas.
- Hinchazón.
- Aumento de peso cíclico.
- Depresión.
- Secreción vaginal no específica.
- Tensión premenstrual.
- Sensibilidad en los senos.
- Pérdida de la libido o sequedad de la vagina.
- Acné.
- Cefalea.
- Infección del tracto urinario.

Píldoras de progestágeno solo o minipíldora.

Conocidas por las siglas PPS, son píldoras con microdosis de progestágenos, del grupo de noretindrona, levonorgestrel o desogestrel, que logran una eficacia anticonceptiva, inhibiendo consistentemente la ovulación sin aumentar la incidencia de efectos androgénicos adversos. Su uso requiere disciplina por parte de las mujeres, ya que las tabletas se deben tomar con puntualidad todos los días sin atender al patrón de sangrado.

Tasa de fallo. Las PPS logran su efecto anticonceptivo a las 48 h de iniciada su ingestión. Poseen una eficacia inferior a los AOCs, sus tasas de fallo varían entre 0,3 y 5,0 embarazos por 100 mujeres en 1 año, que se relaciona con la edad, aumenta después de los 35 años y sobre todo después de los 40, tasas de fallo de 0,8 y 0,3 respectivamente.

Mecanismo de acción. Aunque no es conocido, se sugiere que ejercen un efecto multifocal sobre el aparato genital, el cual provoca cambios que se complementan para lograr su efecto anticonceptivo:

- Cambios sobre el moco cervical: reduce su cantidad a la mitad del ciclo y lo mantiene en un estado de alta viscosidad que hace difícil la penetración de los espermatozoides.
- Efecto sobre la función uterina: afecta la bioquímica y morfología endometrial, lo que lo vuelve un medio desfavorable para la implantación.
- Cambios en la función ovárica: van desde la inhibición total de la ovulación que conduce a la amenorrea hasta la ovulación normal potencialmente fértil en aquellas mujeres que continúan con un patrón menstrual regular.
- Para algunos, disminuyen la motilidad tubárica, lo que aumenta el riesgo de embarazo ectópico.

Ventajas:

- Alta eficacia en la mujer de mayor edad y durante la lactancia materna.
- No es necesaria una secuencia especial, ya que se toman a diario.
- Retorno inmediato de la fecundidad, después de discontinuado el método.
- Se eliminan los efectos colaterales atribuibles a los estrógenos.
- Efecto insignificante sobre el metabolismo de los lípidos.

Indicaciones. En la actualidad la minipíldora se considera útil en solo pocas pacientes, como son:

- Mujeres con hipersensibilidad probada a los estrógenos.
- Mujeres lactando.
- Otra indicación podría ser en aquellas mujeres en quienes está contraindicado el empleo de otros métodos anticonceptivos, así como el uso de las AOC.

Contraindicaciones:

Embarazo.

- Enfermedad arterial severa reciente o actual accidente cerebrovascular.
- Sangramiento del tracto genital no diagnosticado.
- Enfermedad trofoblástica reciente hasta que desaparezca la HCG en sangre y orina.
- Embarazo ectópico anterior.
- Quistes de ovario funcionantes, relativo.
- Cualquier efecto colateral serio de los AOC que no se trate de un efecto exclusivamente relacionado con los estrógenos.
- Constante ansiedad de la mujer con respecto al método.

Efectos colaterales:

- Irregularidad del ciclo menstrual.
- Embarazo ectópico.
- Cefaleas.
- Mastalgias.

Anticoncepción hormonal sistémica

Inyectables de progestágenos solo. Los esteroides sexuales, de aplicación intramuscular, proveen un efecto anticonceptivo de depósito desde 1 mes hasta 1 año, que depende de la droga, la dosis y la formulación. Existen dos progestágenos inyectables de acción prolongada:

- Acetato de medroxiprogesterona depro-provera: ha sido el más ampliamente usado en el mundo. Es una

suspensión microcristalina acuosa que se administra en los primeros 5 a 7 días del ciclo por vía i.m. profunda, en el glúteo o en el músculo deltoide, sin masajear. Contiene 150 mg de DAPM con duración de 3 por meses, 12 semanas, tiene una tasa de fallo de 0,3/100 mujeres en 1 año.

- Onantato de noretisterona (ONNET): es un éster de noretisterona de cadena larga formulado en una solución de aceite de ricino-benzoato de bencilo; se administra igual a la depro-provera. Contiene 200 mg de ONNET y provee anticoncepción por 8 semanas. La tasa de fallo es de 1,5 por 100 mujeres en 1 año.

Mecanismo de acción. La mayoría de estos compuestos producen anovulación mediante supresión de la función de la hipófisis anterior.

- Inhiben la ovulación.
- Acción sobre el moco cervical.
- Efecto supresivo sobre el endometrio.

Ventajas:

- Alta eficacia anticonceptiva.
- Su uso es independiente del contacto sexual.
- No son afectados por la función gastrointestinal ni tienen efecto sobre ella.
- Facilita el uso y la conveniencia.
- Al estar libres de estrógenos pueden usarse en situaciones donde estos estén contraindicados.
- Los inyectables evitan el efecto del primer paso a través del hígado y así causan menos cambios metabólicos.
- Poseen muchas de las ventajas de los AOC: disminuyen la pérdida de sangre, y reducen el potencial de la enfermedad inflamatoria pélvica y del embarazo ectópico.

Desventajas:

- Debe ser administrado por un personal de la salud.
- Una vez aplicado no es posible retirar.
- Provocan alteración en el patrón menstrual, causa más común de abandono del método, en forma de sangrado frecuente o prolongado o en forma de oligomenorrea y amenorrea. El ONNET provoca menos trastornos que la depro-provera
- Después de discontinuar el método, el retorno de los ciclos ovulatorios regulares puede demorar el retorno de la fertilidad hasta 7 meses, para el ONNET 2,6 meses y para el DAMP 5,5 meses; por lo general, se logra el embarazo en el 92 % de las mujeres antes de los 2 años.

- Originan aumento de peso, hinchazón, mareos, fatiga, nerviosismo e irritabilidad.

Indicaciones:

- Deseo de la paciente.
- Cuando hay contraindicaciones para el estrógeno.
- Problema con la toma regular de las píldoras.
- Afecciones ginecológicas que se beneficien con la supresión de la ovulación, ejemplo: endometriosis o metrorragias.
- Cuando existan contraindicaciones pertinentes para los AOC y los DIU.
- Drepanocitemia.

Contraindicaciones. Todas las contraindicaciones válidas para las PPS con excepción del ectópico, ya que los anticonceptivos inyectables suprimen la ovulación.

Opciones terapéuticas disponibles para el sangramiento por anticonceptivos inyectables. Si una mujer presenta un sangramiento inaceptable con el uso de anticonceptivos de este tipo, será necesario excluir una causa ginecológica o embarazo, para lo cual debe realizarse un examen físico. Descartadas estas causas, existen las siguientes opciones terapéuticas, aunque pocas veces hará falta recurrir a ellas:

- Administrar 2 dosis después de haber pasado 4 semanas de la ingestión anterior.
- Administrar estrógenos, cuando no hay contraindicación, durante 14 a 21 días, ya sea en forma de etinilestradiol, hasta 50 $\mu\text{g}/\text{día}$ o de estrógenos conjugados, 0,625 $\text{mg}/\text{día}$.
- Lgrado terapéutico, para excluir enfermedad uterina.
- Tratar la anemia.

Inyectables combinados. Compuestos de estrógenos y progestágenos que poseen una acción anticonceptiva eficaz, con una tasa de fallo del 0,2 por 100 mujeres en 1 año. Causan pocos trastornos menstruales. Se manejan preparados como cicloprovera, compuesto por 25 mg de depro-provera y 5 mg de cipionato de estradiol, y mesigyna (HRP102), compuesto por 50 mg de ONNET y 5 mg de valerato de estradiol. Se administran mensualmente.

Implantes con sistema de administración no biodegradable. Son implantes subdérmicos que ofrecen un depósito de liberación lenta, el prototipo de este campo es el Norplant, que consiste en una cápsula de goma de silicona, silástica, la cual mide 2,4 mm de diámetro y 3,4 cm de largo que contiene 36 mg de levonorgestrel cristalizado en cada una de seis peque-

ñas cápsulas (Fig. 68.9), con una liberación aproximada de 80 μg de la hormona en las primeras semanas, seguido de un promedio diario de 30 μg . Se insertan formando un abanico bajo la piel del brazo o antebrazo (Fig. 68.10) con un trocar calibre 10, en los primeros 7 días del ciclo, lo cual requiere anestesia local y técnicas de asepsia. El implante necesita ser retirado a los 5 años. Posteriormente, se desarrolló otro implante anticonceptivo liberador de levonorgestrel que consiste en dos varillas flexibles que contienen 75 mg de cristales de levonorgestrel cada una.

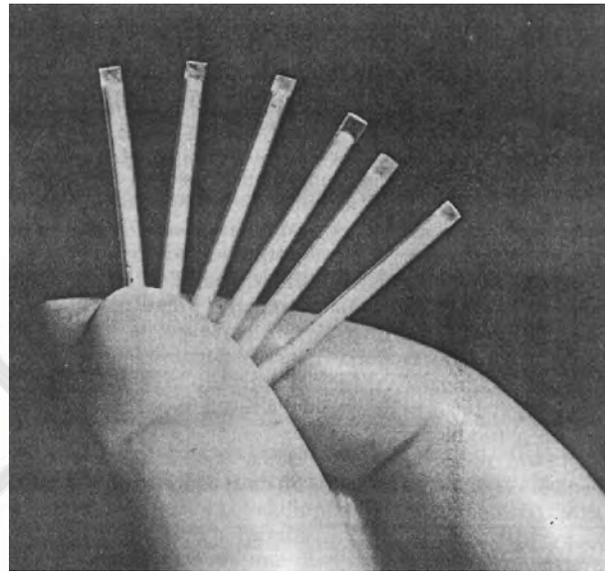


Fig. 68.9. Cápsulas de levonorgestrel cristalizados.

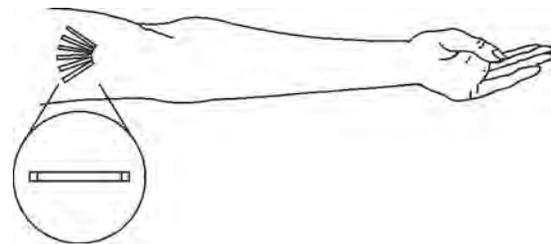


Fig. 68.10. Implante de las cápsulas.

Tasa de fallo. Se calcula una tasa de fallo entre 0,2 y 1,3 por 100 mujeres en 1 año. Por un periodo de 5 años la tasa acumulativa es de 3,9.

Mecanismo de acción. Tiene tres modos de actuar:

- El levonorgestrel actúa sobre el hipotálamo y la hipófisis, e inhibe el flujo de LH, responsable de la ovulación.
- Sobre el moco cervical, lo torna viscoso y escaso, y esto lo hace poco permeable a los espermatozoides.
- En la mayoría de los casos el endometrio muestra signos de regresión.

Ventajas:

- Provee administración reversible a largo plazo sin necesidad de la rutina diaria.
- Los niveles de hormona en plasma son más constantes.
- La protección anticonceptiva dura 5 años.
- Puede retirarse en cualquier momento con retorno de la fertilidad.
- Una vez colocado no requiere más atención por parte de la usuaria.
- Puede mejorar el nivel de hematocrito.
- Es una alternativa para el método irreversible de la esterilización quirúrgica.

Desventajas:

- Debe insertarse y retirarse por personal de la salud bien entrenado.
- Causa irregularidades menstruales –hasta en un 60 % de los casos durante el primer año.
- Provoca cefalea, causa de abandono en 20 % de las mujeres.
- No se puede suprimir su uso por cuenta propia.
- Puede ser visible y es posible se pueda palpar por la piel.
- En una de cada 200 mujeres ocurre infección en el sitio del implante.

Efectos secundarios. Sangramiento irregular durante el primer año de uso.

- Manchado intermenstrual o amenorrea.

Sistema de implante simple Actualmente se dispone de un implante de una sola varilla con eficacia anticonceptiva de tres años, que contiene 68 mg de etonogestrel y su tasa de liberación inicial es de 60 a 70 µg/día y declina aproximadamente a 25 a 30 µg/día al final del tercer año de prescripción.

Ventajas. Permite una inserción y retiro del método más rápida y fácil que el sistema del norplant.

Efectos secundarios. Los efectos adversos son similares a aquellos de otros métodos hormonales con progestágenos solo.

Implantes con sistema de administración biodegradable. Evitan la necesidad de retirar el portador del esteroide, entre ellos: el capronor, contiene levonorgestrel y posee una eficacia de 18 meses de duración. También se han ensayado unas peloticas plásticas de noretisterona con contenido de 35 mg de ONNET cada una, para uso subdérmico.

Los implantes de progesterona consisten en seis peloticas de 3,2 por 11,5 mm con un contenido de 100 mg de la hormona cada una, se insertan subcutáneamente

en mujeres que estén amamantando, a las 6 semanas del posparto; son efectivas por 6 meses como mínimo.

Las microcápsulas de ácido poliláctico con un contenido de cristales micronizados de noretisterona o norgestimato, logran suprimir la ovulación con éxito; se han utilizado formas trimestrales y semestrales de anticoncepción reversible.

Mecanismo de acción. Parecido a otros esteroides:

- Suprimen la función ovárica.
- Actúan sobre el endometrio y el cérvix.

Efectos colaterales. Similares a los inyectables: tienen la desventaja de no poder retirarse una vez implantado con excepción del capronor, que puede retirarse por método quirúrgico.

Parches transdérmicos. Miden 20 cm² y liberan, a diario en la circulación, 150 µg de norelgestromin –el metabolito primario activo del norgestimato– y 20 µg de etinil estradiol.

Se aplican después del baño y antes de la aplicación de cremas o humectantes, sobre la piel limpia y seca. Se recomienda su aplicación en la región superior y externa de los brazos, la región glútea, el abdomen o la región superior del torso, excepto en las mamas.

Posología: semanal durante tres semanas consecutivas, seguidas de una semana libre de parche que posibilita el sangrado por privación hormonal.

La eficacia anticonceptiva es comparable con la de los anticonceptivos orales.

Desventaja. Pueden ser menos efectivos en mujeres que pesan más de 198 lb (90 kg).

Anillo vaginal. Es un dispositivo plástico flexible que mide alrededor de 2 pulgadas de diámetro. Se inserta por un periodo de 3 semanas, entonces se retira por una semana y durante este tiempo el sangrado es esperado. Después de una semana libre, se reinserta un nuevo anillo. El anillo libera, diariamente en la circulación, 120 µg de etonogestrel, principal metabolito del desogestrel, y 15 µg de etinil estradiol.

La eficacia anticonceptiva es comparable con la de los anticonceptivos orales.

Las contraindicaciones para su prescripción son semejantes a las de los anticonceptivos orales. El anillo vaginal no es un método adecuado para mujeres con estenosis vaginal, prolapso uterino, elongación del cuello, colpocele anterior o posterior.

Desventajas:

- Puede ser expulsado, si se coloca impropriadamente, durante el retiro de un tampón vaginal o durante pujos.

- Si se deja fuera de la vagina por más de 3 h, entonces una adecuada protección anticonceptiva puede no ocurrir y se requiere protección adicional por 7 días.

El empleo de métodos hormonales exige un seguimiento clínico, por los riesgos de asociación con el cáncer de mama, sobre todo en las mujeres mayores de 35 y 40 años.

Métodos biológicos

Dentro de los métodos biológicos se encuentra la abstinencia periódica, la cual se basa en la fisiología del ciclo menstrual, que provoca cambios apreciables clínicamente; además, puede inferirse la fecha probable de ovulación, según la duración del ciclo. Incluye diferentes métodos: método de la temperatura corporal basal, del moco cervical, del síntoma-térmico, de la palpación cervical y el del calendario. Estos métodos tienen como desventajas que requieren un manejo amplio de factores fisiológicos, y que varios eventos pueden modificar su interpretación, de ahí su menor eficacia, aunque esta puede aumentar cuando se combinan varios de ellos.

Método de temperatura basal del cuerpo (TBC). Se fundamenta en la elevación de 0,3 a 0,4 °C de la TBC después de la ovulación y que persiste hasta la próxima menstruación.

Método del moco cervical. Se basa en los cambios que experimenta el moco en las diferentes fases del ciclo.

Método síntoma-térmico. Combina dos técnicas o más: cambios del moco cervical y de temperatura basal, los síntomas de ovulación, dolor, tensión de los senos y sangrado, y cálculo del calendario.

Método del ritmo o de Ogino-Knaus. El empleo solamente del método del calendario tiene una alta tasa de fracaso, ya que se confía en la predicción estadística de la duración de los ciclos futuros, según el registro de los ciclos pasados; no obstante, podría tener aplicación para las mujeres que tienen periodos muy regulares, a quienes habría que explicarles muy bien el método, si es que quieren usarlo.

El método se basa en la observación de que la ovulación se produce unos 16 a 12 días antes de que se inicie la próxima menstruación. Basándose en la duración de los ciclos anteriores, se predice el momento de la menstruación siguiente y contando en retrospectiva desde esa fecha se podrá calcular el momento aproximado de la ovulación, a lo que hay que agregar el margen que cubra el tiempo de vida del espermatozoide y del óvulo. El resultado final será un número de días en los que, de tener contacto sexual, es probable que

ocurra un embarazo; los días restantes se consideran potencialmente infértiles.

Se precisa tener la duración de por lo menos seis ciclos consecutivos para poder predecir con cierta exactitud la duración de los siguientes tres; la precisión aumenta, si el número de meses consecutivos es de 12.

Existen varias fórmulas para facilitar su aplicación, y dependen del margen que permitan para la duración de la vida del espermatozoide y del óvulo. Una de las que se aplica usualmente es:

Ciclo más corto: 18 = primer día fértil.

Ciclo más largo: 11 = último día fértil.

Por ejemplo:

Ciclo más corto (26 días): $26 - 18 = 8$

Ciclo más largo (29 días): $29 - 11 = 18$

En este caso, los días de peligro serán entre el 8 y 18 del ciclo, por lo que la pareja deberá abstenerse de la relación sexual o emplear otro método en esos días.

Una modificación del método de Ogino-Knaus, es el *Método de los días fijos o estándar*, desarrollado por Arévalo et al. Este método es para las mujeres con ciclos de duración entre 26 y 32 días, los días 1-7 del ciclo son infértiles, los días 8-19 son fértiles y por tanto deben ser de abstinencia y la infertilidad de reanuda el día 20 del ciclo.

Ventaja de los métodos biológicos:

- No tienen efectos colaterales como el resto de los anticonceptivos.
- No requieren hacer nada en el momento de la relación sexual.
- Permiten un embarazo en cuanto se descontinúan.
- Pueden usarse combinados con métodos de barrera durante el periodo fértil.

Desventajas:

- Menor eficacia que el resto de los métodos.
- Necesita un buen conocimiento de la vida reproductiva, y registrar y controlar las funciones físicas diarias.
- Necesita un acuerdo mutuo entre la pareja.
- Para las parejas separadas por largo tiempo, el reencuentro pudiera coincidir con un periodo de abstinencia.
- Existen varias condiciones que afectan la aplicación de estos métodos tales como: ciclos irregulares, medicamentos que afectan la temperatura corporal o el moco cervical, estados febriles, leucorreas frecuentes, ITS, lactancia parcial.

- Las intervenciones sobre el cuello afectan el moco cervical.

La abstinencia periódica representa un medio para la planificación familiar en las parejas que tienen escrúpulos éticos o religiosos respecto a otros métodos.

Coito interrumpido. Es la retirada del pene de la vagina poco antes de la eyaculación. Sin duda, es el método anticonceptivo más antiguo de la humanidad, es muy poco eficaz, requiere de un gran autocontrol y experiencia y se le atribuye ser la causa más frecuente de numerosos síntomas neuróticos en el hombre y de insatisfacción en la mujer. No protege contra las ITS.

Lactancia materna. Numerosos estudios han demostrado que la lactancia demora el retorno de la menstruación, la ovulación y la concepción después del parto, aunque esto varía mucho de una comunidad a otra y depende de los patrones de lactancia. Las mujeres que no amamantan suelen tener la primera ovulación a las 6 semanas después del parto y el 50 % habrá concebido a los 6 o 7 meses en ausencia de anticoncepción o de abstinencia sexual.

Mecanismo de acción como anticoncepción. La inhibición de la actividad ovárica es el resultado de la actividad de succión: el pezón se hace en particular sensible a la succión a las pocas horas después del parto, por lo que su estímulo genera impulsos nerviosos que hacen más susceptibles a la inhibición esteroidea al hipotálamo, lo que reduce la liberación de gonadotropinas, en especial de la hormona luteinizante, y la ausencia o reducción de la actividad ovárica. La prolactina es un buen marcador de la actividad de succión; no se ha comprobado que contribuya a los cambios de sensibilidad del hipotálamo ni al bloqueo de la acción de las gonadotropinas sobre el ovario. Las betaendorfinas inducidas por la succión también inducen una disminución en la secreción de dopamina, la cual normalmente suprime la liberación de prolactina.

Modo de empleo. Para que la lactancia materna tenga efecto anticonceptivo debe ser mantenido el estímulo de succión, de ahí que se aconseje a las madres:

- Dar el pecho al niño cada vez que lo pida con un intervalo no mayor que 90 min.
- Dar el pecho al bebé a libre demanda, no menos de 20 min.
- Amamantar al bebé durante la noche.
- Mantener una lactancia materna exclusiva.
- Evitar el uso de chupetes.

Algunas consideraciones. Las mujeres que practican una lactancia materna prolongada, permanecen con

amenorrea durante más o menos el 60 % del periodo que dura. Desafortunadamente, no es posible esperar el primer menstruado para la protección con algún anticonceptivo, ya que entre el 30 y 75 % de las mujeres, de acuerdo con los diferentes estudios, comenzarán a ovular en el ciclo anterior y entre el 1 y 10 % concebirán, por lo que la mujer puede pasar de la amenorrea de lactancia a la del próximo embarazo; el riesgo es mayor con la prolongación del periodo de lactancia.

Después de la aparición del primer menstruado, durante la lactancia materna, los ciclos ovulatorios son irregulares, por lo que el efecto anticonceptivo es poco confiable.

¿Cuándo comenzar la anticoncepción durante la lactancia? Es imposible hacer una generalización, pero debe tenerse en cuenta las consideraciones siguientes:

- Cuando la práctica de la lactancia sea poco confiable como anticonceptivo –ver modo de empleo– y la madre esté ansiosa por evitar un embarazo temprano, comenzar a las 4 semanas después del parto, antes de la ovulación más temprana posible.
- Cuando la práctica de la lactancia sea confiable como anticonceptivo, algunos autores recomiendan el empleo de otro método a los 6 meses; otros sugieren estudiar en cada país el tiempo medio de amenorrea y comenzar un mes antes de que el 5 % de la población haya alcanzado el “mes vulnerable”.
- Deben considerarse los factores de riesgo reproductivo en cada mujer.

Métodos recomendables:

- Mujeres no lactantes: cualquier método, siempre que no tenga contraindicación.
- Mujeres lactantes: los DIU, sobre todo los que poseen cobre; los DIU de levonorgestrel, después de 6 semanas del posparto; progestágenos solos: orales, inyectables o implantes; métodos de barrera, es necesario reajustar las medidas; la esterilización femenina, cumpliendo con las normas establecidas, y la esterilización masculina.

Métodos quirúrgicos

Esterilización quirúrgica femenina

Es un método de anticoncepción femenina permanente, que tiene como objetivo evitar el paso de los espermatozoides a través de las trompas de Falopio.

Las vías quirúrgicas son:

- Abdominales: minilaparotomía, laparotomía o laparoscopia.

- Transvaginal: culdoscopia o colpotomía. Esta vía se considera obsoleta porque se asocia a mayor morbilidad
- Transcervical y con sustancias químicas, aún en fase de experimento.

La técnica quirúrgica dependerá de la vía utilizada. En la laparotomía y minilaparotomía se utilizará la ligadura, en la laparoscopia puede emplearse coagulación unipolar o bipolar, anillos de silastic o clips mecánicos. En la vía transcervical, a través de una histeroscopia realizada en consulta sin anestesia local o con ella, se bloquea la porción intramural de las trompas por electrocoagulación, criocoagulación o agentes químicos.

¿Cuándo puede realizarse?

- Puerperio inmediato.
- Durante una cesárea.
- En el transcurso de una operación abdominopélvica.
- Solicitud de una mujer no embarazada autorizada por la parte médica.

Factores que deben tenerse en cuenta:

- Edad de la mujer, mayor de 28 años.
- Paridad, número de hijos y sexo.
- Estabilidad, y madurez emocional individual y de la pareja.
- Momento de elección.
- Criterio médico de acuerdo con enfermedades asociadas o riesgo reproductivo.

Condiciones que deben cumplirse:

- Información suficiente sobre las características del método.
- Solicitud por escrito.
- Exámenes físicos y complementarios.
- Aprobación por parte del hospital que realizará la técnica.
- Cumplimiento de las indicaciones del comité técnico y reglamentaciones estadísticas.

Complicaciones:

- Infección de la herida.
- Perforación uterina.
- Lesión de órganos vecinos.
- Complicaciones anestésicas.
- Embarazo ectópico.
- Muerte.

Esterilización quirúrgica masculina o vasectomía

Es un método de anticoncepción masculina permanente. Consiste en la oclusión de los conductos

deferentes. Requiere de consejo médico y consentimiento informado así como valoración médica de las condiciones preoperatorias y contraindicaciones presentes. La OMS clasifica los pacientes en cuatro grupos de acuerdo con las condiciones presentes.

Se realiza bajo anestesia local, es seguro y barato, por lo cual aventaja a la esterilización femenina. La técnica es muy sencilla, puede realizarse con bisturí o sin bisturí (método de Li). Un método alternativo, método intravasal, tiene como objetivo dejar los vasos deferentes intactos.

Tradicionalmente se recomiendan dos espermogramas, aproximadamente a las 12 y 16 semanas posvasectomía, el segundo espermograma es importante para excluir una recanalización precoz.

Tasa de fallos. Varía entre 0-2 %.

Complicaciones. Son pocas. Entre ellas: el hemetoma, complicación más frecuente, la infección, trauma de estructuras vecinas, granuloma y efectos a largo plazo (vasitis nudosa y dolor epididimal o testicular crónico).

Ventajas de la esterilización quirúrgica:

- Se realiza una sola vez.
- No requiere controles regulares.
- No necesita suministro continuo de anticonceptivos.
- No interfiere en la relación sexual.
- Tiene pocas complicaciones.

Anticoncepción de emergencia o poscoital

Se define la anticoncepción de emergencia (AE), como aquellos métodos anticonceptivos que se usan después de un coito desprotegido o inadecuadamente protegido. Se considera un método seguro y efectivo y puede usarse hasta 5 días (120 h) después de un coito desprotegido. A pesar de su disponibilidad en muchos países, para lograr el impacto deseado en las tasas de embarazos no deseados, en lo cual influyen problemas de información y de conocimiento.

Los tipos de anticoncepción de emergencia disponibles son: las preparaciones orales, que son más aceptables por las mujeres, de más fácil acceso y menos invasivos y una T de cobre como dispositivo intrauterino, que ha demostrado alta eficacia y es una opción para quien desea mantener la anticoncepción por un periodo mayor.

Preparaciones orales:

- Régimen de estrógenos/progesterona combinado que consiste en dos dosis de 100 µg de ethinyl estradiol

- + 0,5 mg de levonorgestrel (LNG), tomada c/12 h. Este método es similar al original descrito por Yuzpe en la década de los 70 y está en desuso, pues desde el primer estudio de la OMS, comparando las tabletas de LNG con el método de Yuzpe, se demostró, que las primeras son más eficaces y con menos efectos secundarios.
- Régimen de progestágenos solo en dos tomas, que consiste en 2 tabletas orales de 0,75 mg de LNG c/12 h.
- Régimen de progestágenos solo en dosis única, que consiste en una tableta de 1,5 mg de LNG.

Los regímenes con progestágenos son más efectivos y se asocian con menos efectos secundarios. Se administran hasta 72 h después del coito desprotegido, después de este tiempo disminuye su eficacia.

Su mecanismo de acción, parece ser inhibiendo el pico de LH a mitad de ciclo e inhibiendo o posponiendo la ovulación, además de algún efecto en el moco cervical haciéndolo hostil a los espermatozoides.

Entre los efectos secundarios están náuseas, vómitos, mareos, dolor abdominal, tensión mamaria y trastornos menstruales. La ocurrencia de embarazo ectópico tras el uso de tabletas de anticoncepción de emergencia es rara y no existen evidencias de que provoquen teratogénesis.

Las tabletas orales de anticoncepción de emergencia, contienen 30 mg de acetato de ulipristal. Se administran como dosis única en tabletas de 30 mg, hasta 120 h (5 días) después de un coito desprotegido.

Este es un nuevo método de anticoncepción de emergencia. El acetato de ulipristal es un modulador selectivo del receptor de la progesterona que actúa inhibiendo la ovulación y también puede ejercer algún efecto activo en el endometrio. Los efectos secundarios son similares a las tabletas de LVG.

Antiprogestágenos. Mifepristona, ha sido demostrada su elevada efectividad como AE, cuando se toma hasta 5 días después de un coito desprotegido en dosis de 10 a 600 mg. Solamente existe licencia para su uso como AE en la República Popular China, donde la dosis es de 10 o 25 mg.

T de cobre como dispositivo intrauterino

Modo de administración. Puede ser insertada en cualquier momento dentro de los 5 días que siguen a un coito desprotegido o dentro de los cinco días de la fecha de ovulación calculada. Previamente debe tomarse muestra para pesquisa de infecciones de transmisión sexual (ITS), particularmente clamidia. En algunos casos puede considerarse el uso de antibióticos, aunque

no se recomienda su uso de rutina. Puede usarse solo como anticoncepción de emergencia o dejar colocado como un método contraceptivo a continuar, según la opción de la usuaria.

Indicaciones de la anticoncepción de emergencia:

- Cuando se ha tenido un coito desprotegido.
- Cuando se sospecha que el método anticonceptivo habitual pudo haber fallado.
- Víctimas de violación, abuso sexual o incesto.

Contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia:

- No existen contraindicaciones absolutas, puede ser usada en mujeres con contraindicaciones para el uso de anticoncepción hormonal convencional y no se requiere evaluación clínica ni test de embarazo antes de su uso. La evaluación clínica está indicada, si la menstruación se retarda más de una semana, o si aparece dolor abdominal o sangramiento a forma de manchas persistente. La menstruación usualmente ocurre una semana antes o después de la fecha esperada.

Ventajas de la anticoncepción de emergencia:

- Es una solución para coitos eventuales o para cuando ocurren accidentes usando otros métodos, como es la rotura del condón.
- Es una solución para disminuir las tasas de aborto y parto en adolescentes.

Desventajas. Requiere prescripción facultativa.

Anticoncepción en la adolescencia

Un amplio rango de factores influye sobre la conducta de los adolescentes frente a la anticoncepción: las características personales, el contexto familiar, el soporte social, los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la disponibilidad y acceso a estos.

La anticoncepción en la adolescencia es compleja y debe ir obligatoriamente aparejado a una adecuada educación sexual. Por otra parte, la educación sobre los diferentes métodos anticonceptivos implica consideraciones no solo de los efectos secundarios y eficacia de estos, sino que también debe tener en cuenta los requerimientos individuales de cada adolescente.

Métodos que se recomiendan:

- Condones.
- AOC.
- Anticoncepción poscoital, como alternativa.
- DIU, en aquellas adolescentes que han tenido abortos o partos.

- Diafragma, según las características de la joven.
- Condón femenino.
- Coito interrupto; deben conocerlo, pues en ocasiones pudiera ser su única alternativa, aunque deben manejarse otros más seguros.

No todos los métodos anticonceptivos con los que se cuenta en la actualidad pueden ser utilizados en las menores de 20 años.

Los métodos de control de la natalidad que requieren la toma de decisión personal pueden resultar inaceptables para el adolescente. Técnicas como la toma de temperatura basal, el método del ritmo y método del moco cervical son económicas, pero necesitan de un alto grado de motivación personal.

Los anticonceptivos hormonales orales son los más comúnmente prescritos. Los beneficios de estos para las adolescentes incluyen, la reducción significativa de los cólicos menstruales, disminución considerable en el volumen del sangrado menstrual y la regularidad de los ciclos. Además entre los beneficios no menstruales, todos los anticonceptivos orales combinados pueden mejorar el acné, ya que los estrógenos inducen una disminución en los niveles de testosterona libre, mecanismo presumible de este efecto; disminuyen la anemia y la enfermedad fibroquística de la mama y el síndrome disfórico premenstrual, entre otros.

La anticoncepción hormonal sistémica es útil en aquellas jóvenes con dificultades para recordar la toma diaria de la píldora; se pueden usar la depro-provera o los implantes subdérmicos.

El Norplant, el cual provee una segura y efectiva acción anticonceptiva, es adecuado para las adolescentes que han estado recientemente embarazadas y en aquellas que no toleran otros métodos.

En las adolescentes es importante la protección contra embarazos no deseables, así como la prevención de ITS, por tanto, los métodos de barrera, y entre ellos el condón masculino, deben ser fuertemente recomendados.

La anticoncepción de emergencia es una opción después de un coito sin protección, evento común en este grupo de edad.

Bibliografía

Arango, M.C., y P. García (1992). Sociedad, educación y salud reproductiva ante las realidades cambiantes. En *Salud Reproductiva en las Américas* (López, G.; Yunés, J.; Solis, J.A. y Omran, A.R., eds.), IPPF, Washington DC., pp. 615-32.

Arjona J. E., M. Mino, J. Cordon *et al.* (2008). Satisfaction and tolerance with office hysteroscopic tubal sterilization. *Fertil Steril*, 90:1182-6.

Armstrong C (2010). ACOG Recommendations on Emergency Contraception. *American Family Physician* [serial on the Internet], 82(10): 1278. Available from: MEDLINE with Full Text. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21121541&lang=es&site=ehost-live>

Baird, D (2009). Emergency contraception: how does it work? *Reproductive Biomedicine Online*, 18:132-36. Available from: MEDLINE with Full Text. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19281662&lang=es&site=ehost-live>

Bata' r, I. (2010). State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: II. Chemical Barriers contraceptives. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15:89-95. Academic Search Premier, EBSCOhost, viewed 16 December 2011. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=48596176&lang=es&site=ehost-live>

Bata' r, I. (2010). Non-hormonal methods of contraception: The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 15:65-6.

Bata' r, I. y I. Sivin (2010). State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: I. Mechanical barrier contraception. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15:67-88. Academic Search Premier, EBSCOhost, viewed 16 December 2011. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20230336&lang=es&site=ehost-live>

Beerthuisen, R. (2010). State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: V. Female sterilisation. *European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(2):124-35. Academic Search Premier, EBSCOhost, viewed 16 December 2011. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=48596172&lang=es&site=ehost-live>

Birkhäuser, M. 2009. Progestagen use in oral contraception - basic knowledge. *Therapeutische Umschau. Revue Thérapeutique*, 66 (2): 71-87, MEDLINE with Full Text, EBSCOhost, viewed 16 December 2011. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19180427&lang=es&site=ehost-live>

Bouchard, T, y S. Genuis. (2011). Personal fertility monitors for contraception. *CMAJ*, 183 (1): 73-76. Academic Search Premier, EBSCOhost, viewed 16 December 2011. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=58607256&lang=es&site=ehost-live>

Comparetto, C., S. Giudici, M.E. Coccia, G. Scarselli, y F. Borruto (2005). Clinical, ethical, and medical legal considerations on emergency contraception. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 32(2):107-10.

Freundl, G, I. Sivin, I. Batár. (2010). State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. *European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(2): 113-123. Academic Search Premier, EBSCOhost, viewed 16 December 2011. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=48596168&lang=es&site=ehost-live>

Gabzdyl, E (2010). Contraceptive Care of Adolescents: Overview, Tips, Strategies, and Implications for School Nurses. *The Journal of School Nursing*, 26 (4):267-77.

Gordon, L y N. Thakur. (2007). What hormonal contraceptive is most effective for obese woman? *Family Physicians Inquiries Network*, 58 (6): 471-3.

Grewal, M., y R.T. Burkman (2003). Contraception & Family Planning. En *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment* (De Chérne, A.H., y Nathan L.). Editorial Lange Medical Books, US., 9th edn., pp. 631-49.

Kleinman, L.R. (1991). Anticoncepción hormonal. Federación Internacional de Planificación Familiar, Inglaterra.

Kraszewski, S. (2009). The contraceptive vaginal ring. *Practice Nurse*, 38 (2):20-4. Academic Search Premier, EBSCOhost, viewed 16 December 2011. <http://search.ebscohost.com/login>

- aspx?direct=true&db=aph&AN=43662458&lang=es&site=e-host-live.
- Kraszewski, S. (2011). Update on barrier contraception. *Practice Nurse*, 41(2). Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=10&sid=64d178e0-5232-4478-84fc-db-5b3b5c2fab%40sessionmgr12&bdata=Jmxhbm9ZXMmc210ZT1laG9zdC1saXZl#db=aph&AN=58772948>.
- Lara-Torre, E. (2009). Update in adolescent contraception. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 36:119-28.
- Manetti, G.J. y S.C., Honig. (2010). Update on Male Hormonal Contraception: Is the Vasectomy in Jeopardy? *International Journal of Impotence Research*, 22:159-70.
- Michielsen D y R. Beerthuisen (2011). State-of-the art of non-hormonal methods of contraception: VI. Male sterilisation. *European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care*, 15 (2):136-149, Academic Search Premier EBSCOhost, viewed 16 December 2011. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=48596174&lang=es&site=e-host-live>
- Merki-Feld, G, A. Gosewinkel, B. Imthurn, B. Leeners. (2007). Tubal Pathology: The Role of Hormonal Contraception, Intrauterine Device Use and Chlamydia trachomatis Infection. *Gynecol Obstet Invest*, 63:114-20.
- Merki-Feld, G, B. Imthurn, B. Seifert (2008). Effects of the progestagen-only contraceptive implant Implanon on cardiovascular risk factors, *Clinical Endocrinology*, 68 (3):355-60, Academic Search Premier, EBSCOhost, viewed 16 December 2011. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=29436212&lang=es&site=e-host-live>
- Moses, S y E. Oloto (2008). Usage of Long Acting Reversible Contraceptive Methods (LARC) in couples attending for female vasectomy counselling. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 13:243-7.
- Peláez-Mendoza J.O. (2011). Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. *Rev. Cub. Obstet. y Ginecol.* 37(3):399-408.
- Reshi, P. (2009). Contraception: What's New? Literature Review. *Internet Journal of Gynecology & Obstetrics*, 11 (1): 9.
- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=47789735&lang=es&site=e-host-live>
- Sadler, C., H. Smith, J. Hammond, R. Bayly, S. Borland, N. Panay *et al.* (2010). Lifestyle Factors, Hormonal Contraception, and Premenstrual Symptoms: The United Kingdom Southampton Women's Survey. *Journal of Women's Health*, 19(3):391-6.
- Sivin I y I. Batár (2010). State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: III. Intrauterine devices. *European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(2):96-112. Academic Search Premier, EBSCOhost, viewed 16 December 2011. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=48596173&lang=es&site=e-host-live>
- Thorne, S, A. MacGregor, C. Nelson. (2006). Risks of contraception and pregnancy in heart disease. *Heart*, 92; 15:20-5.
- Villanueva, Egan L.A. y C.M., Pichardo (2007). Adelantos en anticoncepción hormonal. *Ginecol Obstet Mex*, 75:35-42.
- Von Hertzen, H., E. Godfrey (2009). Emergency contraception: the state of the art. *Reproductive Biomedicine Online* [serial on the Internet], 18: 128-31. Available from: MEDLINE with Full Text. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19281661&lang=es&site=e-host-live>
- Westley, E., A. Glasier (2010). Emergency contraception: dispelling the myths and misperceptions. *Bulletin of The World Health Organization* [serial on the Internet], 88(4): 243-244. Available from: MEDLINE with Full Text. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20431781&lang=es&site=e-host-live>
- World Health Organisation (2008). *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. Third Ed. Geneva.
- Wu, S., E. Godfrey, D. Wojdyla, J. Dong, J. Cong, H. *et al* (2011). Copper T380A intrauterine device for emergency contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial. *BJOG*, 117(10). 1205-1210. Available from: MEDLINE with Full Text. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20618314&lang=es&site=e-host-live>



RIESGO REPRODUCTIVO

Carmen Garrido Riquenes

La salud reproductiva es la posibilidad del individuo de tener una vida sexual plena con capacidad para reproducirse, y que una vez decidido cuántos hijos tener y cuándo, poseer la información necesaria para seleccionar el anticonceptivo más adecuado, así como tener acceso a otros métodos legales de regulación de la fecundidad y a servicios adecuados de atención en salud, que le permitan a la mujer un embarazo y parto seguro, y a la pareja, la posibilidad de tener hijos saludables.

Una parte importante de la salud reproductiva es la salud materno- infantil y en ella juega un papel decisivo la planificación familiar (ya tratado en otro capítulo del libro) y el conocimiento y manejo del riesgo reproductivo.

La salud materno-infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país. Tiene como objetivo conseguir el óptimo estado de salud para las madres y los niños; se trata de obtener recién nacidos sanos, sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y también, que durante toda la vida infantil los niños tengan un crecimiento y desarrollo adecuados, con el mínimo posible de enfermedades y defunciones.

Se reporta en las estadísticas de la OMS del 2011 en África el riesgo de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos es de 80 en los menores de un año y de 127 en los menores de 5 años y la mortalidad materna de 620 por cada 100 000 mujeres; sin embargo en América la mortalidad infantil es de 15 y 18 por cada 1000 nacidos vivos menores de 1 y 5 años respectivamente y la mortalidad materna es de 66 por cada 100 000 mujeres y en Europa la mortalidad infantil en menores de 1 año es de 12 y en los menores de 5 es de 13 por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 21 por cada 100 000 mujeres.

En el documento de OMS, en el que se expresan los objetivos del milenio se recoge que cada año, 358 000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, en África subsahariana una de cada 22 mujeres corre riesgo de morir durante el embarazo o el parto en algún momento de su vida, cuando en los países desarrollados esa proporción es de una de cada 8000 mujeres.

Así como existen grandes diferencias en el comportamiento de estos indicadores, entre las diferentes regiones, de acuerdo con sus niveles de desarrollo, las hay entre los países de una misma región y también dentro de un mismo país entre las zonas urbanas y rurales. Siempre dependiendo del nivel de desarrollo.

La salud materno-infantil depende de las condiciones en que se inicia el embarazo, de la calidad de la atención que este reciba durante su desarrollo, parto y puerperio y de la atención al niño.

Cuando se analiza la mortalidad materno-infantil, se encuentran características comunes: es mayor en países menos desarrollados, zonas rurales, mujeres con bajo nivel educacional y económico, edades tempranas o tardías, etc. Esto deja claro que existe un conjunto de elementos o circunstancias que predisponen o condicionan el incremento de la mortalidad: son los llamados factores de riesgo.

Riesgo reproductivo. Es la posibilidad que tiene una mujer o su producto potencial de sufrir daño lesión o muerte durante el proceso de la reproducción, embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez.

El riesgo reproductivo se divide en:

- Preconcepcional.
- Obstétrico.
- Perinatal.
- Infantil.

El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño

(ella o su producto), si se involucrara en el proceso de reproducción.

Factores de riesgo reproductivo preconcepcional. Son todos aquellos elementos o circunstancias precondicionantes o desencadenantes de morbilidad o mortalidad relacionados con el proceso reproductivo, tanto para la pareja como para el producto.

Este concepto de riesgo se extiende más allá de la esfera biológica y cobra significación en la esfera psíquica y en el contexto social y ambiental, aplicado a la más amplia definición de salud. Es por ello que cada factor de riesgo no tiene la misma repercusión para la mujer o pareja y por tanto su valoración es individualizada y contextualizada.

Por la importancia y repercusión que tiene el manejo del riesgo reproductivo preconcepcional en la salud materno infantil y la necesidad de que sea de dominio del médico de atención primaria se realiza un análisis en este capítulo.

A continuación se presenta una relación de los diferentes factores de riesgo y su valoración, de acuerdo con distintos autores:

1. Edad: la edad óptima para la procreación varía, según diferentes criterios, de 20 a 29, de 20 a 24 y de 25 a 29 años. Se consideran de riesgo para el embarazo las mujeres muy jóvenes, pero igualmente no existe coincidencia en sus rangos (<12 años, <18 años, <20 años), y las mayores de 35 años.

a) Fundamentación:

- En el caso de las adolescentes:
 - Organismos no maduros –procreación entre niños–. La madurez biológica no la alcanzan todas las jóvenes a la misma edad, depende de un conjunto de factores, de ahí que no todos le atribuyan una relación directa.
 - No tienen, generalmente, una independencia económica.
 - No han concluido sus estudios.
 - No han alcanzado la madurez psicológica.
- En el caso de las mayores de 35 años:
 - Disminución de la fertilidad debido al envejecimiento del ovario (lo cual reduce el número y la calidad de los oocitos) y a un ambiente hormonal alterado que lleva a una disfunción ovulatoria.
 - Mayor frecuencia de enfermedades crónicas.

b) Efectos que se le atribuyen al embarazo en las edades de riesgo:

- Mortalidad perinatal.
- Mortalidad infantil.

- Bajo peso al nacer.
- Mortalidad materna.
- Morbilidad materna: la preeclampsia en las jóvenes y ruptura uterina, prolapsos uterinos y enfermedades del cuello, sobre todo en las mayores de 35 años.
- Incremento del índice de cesáreas.
- Anomalías cromosómicas, sobre todo en las mayores de 35 años.

2. Periodo intergenésico: la consideración de riesgo varía según los diferentes autores: menores de 2 años, menos de 3 a 4 años, menos de 18 meses, de 2 a 5 años.

a) Fundamentación:

- El organismo materno necesita recuperarse; durante la gestación la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos, a causa del crecimiento del feto; después del parto se necesita recuperar lo perdido y prepararse para el nuevo embarazo. Estas necesidades aumentan cuando se lacta.
- Durante la gestación ocurren modificaciones del organismo materno que afectan a todos los órganos y sistemas y estos necesitan volver a su estado basal para estar en condiciones óptimas que les permitan sufrir los cambios que les impondría una nueva gestación.
- El hijo producto de ese embarazo necesita la atención y dedicación de la madre para su adecuado desarrollo psicomotor y su proceso de socialización.

b) Efectos que se le atribuyen al período intergenésico corto:

- Mortalidad perinatal.
- Mortalidad infantil.
- CIUR.
- Prematuridad.
- Morbilidad materna, anemia.
- Riesgo social.

3. *Paridad.* Hay consenso en que la multiparidad es un factor de riesgo, 5 embarazos o más.

a) Fundamentación:

- Desgaste del aparato reproductivo.
- El riesgo aumenta en proporción al número de nacimientos.

b) Efectos que se le atribuyen a la multiparidad:

- Mortalidad materna.
- Morbilidad materna: gestorragias y sangrado posparto, enfermedades placentarias, anemia, diabetes gestacional, presentaciones anómalas, prolapsos uterinos y enfermedades cervicales,

- enfermedades crónicas que complican el embarazo.
- Mortalidad perinatal.
 - Mortalidad infantil.
 - Deficiente desarrollo físico e intelectual –según estudios en EE.UU., Canadá y Colombia.
 - Prematuridad.
 - CIUR.
4. *Embarazo no deseado:*
- a) Fundamentación. El embarazo no deseado por lo común termina en aborto, con todos los riesgos que este tiene; cuando continúa, en algunos casos, puede no ser atendido o cuidado por la gestante como debe.
- b) Efectos que se le atribuyen al embarazo no deseado:
- Mortalidad materna.
 - Morbilidad materna.
 - Desequilibrio psico-socioeconómico.
5. *Estado nutricional de la madre.* La desnutrición constituye un factor de riesgo para el embarazo.
- a) Fundamentación. Se establece una relación entre la masa corporal de la madre y el desarrollo de la masa corporal del producto.
- b) Efectos que se le atribuyen a la desnutrición con el embarazo:
- Mortalidad fetal.
 - Bajo peso.
 - CIUR.
 - Mortalidad perinatal.
 - Mortalidad materna.
 - Morbilidad materna, anemia.
6. *Baja talla, menos de 150 cm:*
- a) Fundamentación. Se establece una relación entre la talla de la madre y la talla del producto.
- b) Efectos que se le atribuyen a la baja talla con el embarazo:
- Bajo peso.
 - Morbilidad perinatal.
 - Morbilidad materna secundaria al incremento de operación cesárea.
7. *Estado civil.* Las solteras, lo que algunos llaman “producción independiente”, embarazos que no son reconocidos o respaldados por el padre, caso en que la mujer enfrenta sola el embarazo, el cuidado y la atención del futuro niño.
- a) Fundamentación. Afecta el sistema neurológico, lo que influye sobre la evolución del embarazo y posterior desarrollo del niño.
- b) Efectos que se le atribuyen a los embarazos de madres solteras:
- Mortalidad perinatal.
 - Mortalidad infantil.
8. *Nivel cultural e intelectual.* Instrucción deficiente o insuficiente desarrollo intelectual.
- a) Fundamentación. Influencia indirecta de la comprensión y seguimiento de las orientaciones médicas.
- b) Efectos que se le atribuyen a los embarazos de madres con bajo nivel cultural e intelectual. Letalidad fetal.
9. *Condiciones de trabajo.* Ocupación donde exista contacto con productos químicos y radioactivos.
- a) Fundamentación. Estos productos pueden afectar el desarrollo adecuado del feto.
- b) Efectos que se le atribuyen a los embarazos de madres con condiciones de trabajo desfavorables:
- Malformaciones congénitas.
 - Mortalidad fetal.
10. *Hábito de fumar.* Algunos autores lo consideran factor de riesgo solo cuando se fuman más de 10 cigarrillos, para otros, no importa la cantidad.
- a) Fundamentación. Aumenta la contractilidad uterina, vasoconstricción que produce disminución del aporte de oxígeno y nutrientes al feto. Efecto tóxico directo de los derivados del tabaco y del CO².
- b) Efectos que se le atribuyen a los embarazos de madres fumadoras:
- Bajo peso.
 - CIUR.
 - Morbilidad materna: enfermedad hipertensiva gravídica, hematoma retroplacentario.
11. *Ingestión de alcohol o drogas.*
- a) Fundamentación. El mecanismo no está bien establecido, pero se le atribuye un efecto tóxico.
- b) Efectos que se le atribuyen a los embarazos de madres con adicción a alcohol u otras drogas:
- Mortalidad fetal.
 - Prematuridad.
 - CIUR.
 - Esquizofrenia y otras enfermedades psíquicas.
12. *Antecedentes obstétricos desfavorables.* Muertes perinatales o infantiles, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas e hijos con alguna enfermedad genética importante.
- a) Fundamentación. Existe un mayor riesgo de repetirse.
- b) Efectos que se le atribuyen a los embarazos de madres con antecedentes obstétricos desfavorables:
- Mortalidad perinatal.
 - Mortalidad infantil.
 - Bajo peso.
 - Malformaciones congénitas.

13. Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores: preeclampsia y diabetes gestacional.
 - a) Fundamentación. Existe un mayor riesgo de repetirse.
 - b) Efectos que se le atribuyen a los embarazos de madres con antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores:
 - Morbilidad materna.
 - Mortalidad materna.
 - Muerte fetal.
 - Muerte perinatal.
14. Mujeres con afecciones biológicas conocidas que constituyan riesgos: enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, nefropatías, cardiopatías, anemia drepanocítica, asma, afecciones psiquiátricas, etc.
 - a) Fundamentación: el embarazo constituye una sobrecarga para el organismo, que afecta todos los sistemas, de ahí que exista una mayor probabilidad de descompensación de las enfermedades.
 - b) Efectos que se le atribuyen a los embarazos de madres con antecedentes de enfermedades crónicas:
 - Morbilidad materna.
 - Mortalidad materna.
 - Mortalidad perinatal.
 - Mortalidad infantil.

Cada vez con más fuerza se valoran los factores de riesgo paternos. La sexualidad humana tiene entre sus funciones básicas la reproducción para la perpetuación de la especie. El hombre aporta los espermatozoides, gametos que nacen con el proceso de espermatogénesis. La calidad, cantidad, movilidad y funcionalidad de los espermatozoides son esenciales para la fecundación del óvulo. El hombre debe cuidar su salud reproductiva con adecuados hábitos de vida para lograr una descendencia sana.

El alcoholismo y uso de drogas duras afectan el proceso de espermatogénesis, incidiendo en el número, viabilidad y funcionalidad de los espermatozoides.

El calor, las altas temperaturas pueden afectar la calidad de los espermatozoides y llegar a causar infertilidad.

Las infecciones de transmisión sexual, como la sífilis causa graves consecuencias para la función reproductiva del hombre. Al infectar a la mujer puede provocar severos daños congénitos en el bebé en órganos vitales como el cerebro y el corazón.

La edad paterna, es un factor muy discutido, sin consenso. No se ha podido constatar un efecto directo sobre el producto de la concepción, muchos estudios

realizados, que lo señalan como factor de riesgo, identifica otros en la madre, por lo que no se puede atribuir directamente.

No todos los autores consideran los mismos factores de riesgo preconcepcional, ni los valoran igual, influyen las realidades concretas de cada área o país y, aún dentro de ellos, existen variaciones de acuerdo con las características socioeconómicas de cada región o provincia.

Como ya se ha analizado los factores de riesgo reproductivo preconcepcional incrementan la probabilidad de morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, de ahí la importancia de controlarlos, para modificarlos o eliminarlos en las parejas que lo presenten, para que las mujeres puedan llegar al embarazo en mejores condiciones y por tanto disminuya el riesgo.

Para lograr modificar el riesgo reproductivo preconcepcional es necesario un desarrollo de los sistemas de salud y educacional, y sobre todo de políticas favorecedoras de la intersectorialidad, sobre la base de una amplia participación social.

En las estadísticas de la OMS se muestra y se destaca un discreto mejoramiento en los indicadores de salud materno- infantil en la región de África, donde diferentes organismos internacionales intervienen creando sobre todo infraestructura y aportando algunos recursos, como es el ejemplo de los servicios de planificación familiar, sin embargo los indicadores no logran el decrecimiento esperado.

Datos estadísticos recogidos por de la OMS del 2011 presentan que en África la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos es de solo el 24,4 % de las mujeres y la tasa de fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años es de 117 por 1000 mujeres; sin embargo en Europa el 70,7 % de las mujeres utilizan anticonceptivos y la tasa de fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años es de 24 por 1000 mujeres.

En los países de África por lo general no solo es baja la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, también el porcentaje de embarazadas que logran al menos cuatro controles y tener partos institucionales, en todo ello influye los patrones culturales y el bajo índice educacional; todo esto repercute negativamente en los indicadores de salud.

Para mejorar los indicadores de salud materno-infantil no es suficiente con que existan los servicios para su atención, además del recurso humano calificado se necesita de una población con el nivel educacional que le permita reconocer la importancia del cuidado de su salud y la de sus futuros hijos, conocer las enfermedades o situaciones que constituyen riesgo para

el embarazo y busquen atención y seguimiento para modificarlos, controlarlos o eliminarlos; así como de legislaciones que permitan la participación de los diferentes sectores sociales que contribuyan al control del riesgo preconcepcional y de la salud materno-infantil en general.

Cuba que desde el triunfo de la revolución ha ido mejorando sus indicadores de salud, particularmente los materno-infantil, a partir de la década de los 80, con la creación del médico de familia, que tiene dentro de sus funciones la promoción y prevención de salud mejoró la atención al riesgo reproductivo y con ello se logró un decrecimiento significativo en la mortalidad materno-infantil.

El paralelo desarrollo educacional, el contar con un sistema de salud bien estructurado y legislaciones más allá de este sector que condiciona el desarrollo de salud de la población, han determinado el logro de los indicadores actuales, los que pueden ser mejorados en la medida que la población asuma una mayor responsabilidad individual en el cuidado de su salud.

En el Informe sobre el índice de desarrollo humano (IDH) en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se recoge: Estados Unidos y Canadá en los lugares 4 y 6 respectivamente con un IDH muy alto y Cuba, a pesar de ser un país en desarrollo, se registra en el lugar 51 (de los 187 países clasificados), con un IDH alto.

Cuba logra que algunos de sus indicadores sean mejores o iguales que los de otros países clasificados con un índice de desarrollo muy alto, como EE. UU. y Canadá. Lo que confirma la importancia decisiva del desarrollo de políticas de educación y salud y la voluntad decisiva del estado en estas políticas.

Por ejemplo: la mortalidad infantil en menores de un año por 1000 nacidos vivos:

EE. UU.-7; Canadá- 5; Cuba- 4.9; Mortalidad infantil en menores de cinco años por 1000 nacidos vivos: EE. UU. -8; Canadá-6; Cuba- 6. Los tres países tienen indicadores materno-infantil muy por debajo de los de su región en el 2011.

Es por ello que se considera la salud materno-infantil como uno de los indicadores que miden el nivel de desarrollo de un país, porque para que sean buenos, se necesita un desarrollo social integral.

Acciones a desarrollar para mejorar la salud materno-infantil en la etapa preconcepcional

Como ya se ha explicado las acciones para contribuir a la salud materno-infantil en la etapa preconcepcional tiene

un enfoque multisectorial, en la que la intervención del personal de salud es fundamental.

Se puede considerar dos momentos en el trabajo para la prevención del riesgo reproductivo preconcepcional: uno promocional y otro preventivo:

- Momento promocional: que incluye tanto el cuidado de la salud de las niñas y niños, como su educación sanitaria y sexual, lo que permitirá llegar a la etapa reproductiva en mejores condiciones de salud y preparación para la búsqueda de atención y control de las enfermedades que puedan presentar, conocedores de los anticonceptivos y sobre todo conscientes de la posibilidad de buscar asesoría para la planificación familiar y el control de riesgo reproductivo preconcepcional, para contribuir a que los embarazos lleguen cuando las condiciones biológicas y psicosociales sean las mejores y estos sean deseados por la pareja.

En esta etapa la colaboración con las escuelas, sectores y organizaciones, así como el trabajo con grupos específicos, la preparación de promotores de salud, etc, además de la atención clínica son algunas de las acciones que pueden ser desarrolladas por los trabajadores de salud, liderados por el médico de familia.

- Momento preventivo: es el trabajo que se debe hacer con las parejas en edad fértil que sean consideradas con riesgo reproductivo preconcepcional, por la presencia de factores que pueden ser biológico, psicosociales o ambientales.

La valoración de los riesgos en el proceso reproductivo no puede ser esquemática, sino que se necesita un análisis individual e integral en todos los casos. Es importante que el médico de familia posea un gran conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración en cada caso, teniendo en cuenta todos los elementos, para poder establecer si la pareja o, en última instancia, la mujer, presenta algún riesgo reproductivo preconcepcional, pues cada factor de riesgo no se comporta igual en todas las mujeres, es decir, la magnitud del riesgo es individual y a la vez pueden influir unos sobre otros.

Es muy importante conocer a todas aquellas parejas que presentan factores de riesgo y distinguir entre ellas las que constituyen un riesgo reproductivo preconcepcional real, aquellas con factores de riesgo que no han completado el número de hijos deseados, con el objetivo de modificar dichos factores, a fin de que se involucren en el proceso reproductivo, conscientes de estar en las mejores condiciones para el proceso.

De manera general para el control del riesgo reproductivo es importante:

- Conocer los factores identificados de riesgo en una comunidad, municipio, región o país, para la mujer o su producto si se embarazara; por ejemplo pueden ser:
 - Antecedentes de mortinatos y mortineonatos.
 - Antecedentes de embarazos catalogados como de riesgo obstétrico o perinatal incrementado.
 - Antecedentes de nacimientos de bajo peso.
 - Mujeres con hijos que hayan tenido o tengan una afección o morbilidad importante: malformaciones congénitas, retraso mental, endocrinopatías u otras.
 - Mujeres con afecciones biológicas conocidas que representen riesgo perinatal: cardiópatas, diabéticas, anemia drepanocítica, anémicas y otras; se incluyen las que padecen afecciones psiquiátricas y nutricionales.
 - Mujeres o su pareja, cuya conducta personal y social constituyan un riesgo evidente para su salud o la de su producto, si decidieran concebir.
 - Mujeres menores de 18 años con deseo expreso de embarazos, o con conducta personal o actividad que favorezca o induzca a pensar que va a continuar el embarazo o que mantengan una conducta sexual promiscua.
 - Mujeres mayores de 35 años.
 - Antecedente de cesárea, espacio intergenésico menor de 2 años como mínimo.
 - Pacientes con partos anteriores, menos de 2 años.
- Precisar cuáles de las parejas en edad fértil (15 a 49 años), constituyen un riesgo reproductivo preconcepcional real (vida sexual activa, deseo manifiesto de tener más hijos y no uso de anticonceptivos).
- Identificadas las parejas con riesgo reproductivo preconcepcional real diseñar estrategias de conjunto (la pareja con el médico), para planificar el mejor momento para el embarazo y de cómo protegerse en el periodo previo determinado.

Es muy importante tener en cuenta las características de las parejas con riesgo preconcepcional, su cultura (creencias, costumbres, etc.), intereses, motivaciones y nivel educacional, para que las estrategias convenidas logren movilizar su interés y atención, de manera que las asuman responsablemente.

Se trata de un proceso multidisciplinario e intersectorial. El papel más importante lo desempeña el médico de familia, pero cada parte debe cumplir su función.

El médico debe registrar en la historia clínica individual:

- Criterios médicos: para considerar como riesgo reproductivo:
 - Factores de riesgo que presenta.
 - Si son modificables o no.
 - Deseo de cooperación de la pareja.
 - Plazo en el que la pareja desea tener su hijo.
- Convenio: se debe llegar a un acuerdo con la pareja de qué es lo que se necesita hacer para eliminar, atenuar o modificar los factores de riesgo, para valorar cuál es el mejor momento para el embarazo y qué método anticonceptivo van a utilizar para espaciarlo.
- Acciones de salud: plan de acción que se va a desarrollar para modificar el factor de riesgo, determinar quiénes participan, y realizar la valoración periódica de este. Estas acciones pueden ser médicas, psicológicas, de modificaciones de conducta y sociales. En ellas pueden participar no solo el personal de salud, sino también las organizaciones de masas, entre otras, cuando se considere necesario. Es importante la utilización adecuada de los recursos materiales y humanos, y no subvalorar el importante papel que pueden desempeñar los diferentes factores.

Al analizar la situación actual del riesgo reproductivo, se puede decir que su manejo y control no son adecuados, por el desconocimiento de la magnitud del problema, la distorsión del enfoque y la no realización de acciones para su modificación.

La ocurrencia de embarazos no planificados y no deseados aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, esto se incrementa si se produce en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional.

De ahí la importancia de lograr una adecuada educación en la población con relación al riesgo preconcepcional y a la responsabilidad que debe asumir cada pareja en buscar la asesoría médica para el control de su riesgo y poder tener los hijos deseados sanos, sin sufrir complicaciones

La educación debe verse como una actividad ligada a la calidad de vida del individuo. El proceso de educación hace posible que el individuo se comporte de manera inteligente: seleccione sus opiniones para la acción y use su juicio en situaciones que demandan reflexión y evaluación, como los relacionados con la salud reproductiva.

El médico debe estar preparado para la atención y control del riesgo preconcepcional, debe conocer muy bien los diferentes métodos anticonceptivos para orientar a la pareja, teniendo en cuenta sus indicaciones y contraindicaciones.

La adecuada interacción del médico con los consejos populares de salud, así como con los diferentes

sectores y organizaciones, que pueden colaborar con el trabajo de control del riesgo reproductivo preconcepcional y con ello a mejorar los indicadores de salud materno infantil.

Bibliografía

- Aguayo Maldonado J., M.A, Bernabé Moyano, M. de Casa, Castro Ochoa, J. Nova Lax, Gutiérrez, A. Benjumeda, y C. García Arguela (1995). Morbilidad del recién nacido hijo de madre diabética, muestra casuística. *Rev. Esp. Pediat.* 51(5):405-10.
- Arango, M.C., y P. García (1992). Sociedad, educación y salud reproductiva ante las realidades cambiantes. En *Salud Reproductiva en las Américas* (López, G., Yunés, J., Solís, J.A., y Omran, A.R., eds.), Washington DC., pp. 615-32.
- Astolfi, P., A. De Pasquale and L.A. Zonta (2004). Late paternity and stillbirth risk; *Human Reproduction* Vol.19, No.11 pp. 2497-501.
- Barnett, B. (1994). La planificación familiar reduce la mortalidad. *Rev Network* [en español]: 9(2):48,12.
- Chen, X, S.W. Wen, D. Krewski, N. Fleming, Q. Yang and M. C. Walker (2008). Paternal age and adverse birth outcomes: teenager or 40+, who is at risk?; *Human Reproduction* Vol.23, No.6 pp. 1290-96.
- Colectivo de autores (1997). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento de Obstetricia y Perinatología*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Comisión Nacional de Planificación sexual y Riesgo reproductivo (2001). Planificación familiar y Riesgo reproductivo. Minsap Dirección Nacional de Salud Materno infantil y Planificación familiar.
- Dueñas, D., N. Silva Leal, J.A. Sarmiento Barceló, J.R. Fernández Masó, L. Bustamante Frandenthaler, y J. Botona (1996). Status de crecimiento en embarazadas adolescentes: su relación con indicadores antropométricos. *Rev. Cub. Obst. Ginecol.* 22(2):92-101.
- Fraser, A.M., J.E. Brochert, y R.H. Word. (1995). Association of young maternal age with adverse out comes. *New Engl* 332(17): 11, 13-17.
- Hernández Cabrera, J., A. Moreno Álvarez, M. Sierra Velázquez, y J.R. Sivet Alfonso (1996). Gestantes desnutridas: correlación de algunos factores obstétricos, biosociales y su relación con el peso del producto. *Rev. Cub. Obst. Ginecol.*, 22(2):84-91.
- Luke, B. and M. B. Brown (2007). Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age; *Human Reproduction* Vol.22, No.5 pp. 1264-72.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (1996). Metodología para el manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional. Minsap, La Habana.
- Nybo Andersen, A.M., K.D. Hansen, P. Kragh Andersen y G.D. Smith (2004). Advanced Paternal Age and Risk of Fetal Death: A Cohort Study; *American Journal of Epidemiology*; Vol. 160, No. 12.
- Rochebrochard, E. and P. Thonneau (2001). Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study; *Human Reproduction* Vol.17, No.6 pp. 1649-56.
- Sartorius, G.A. and E. Nieschlag (2010). Paternal age and reproduction; *Human Reproduction Update*, Vol.16, No.1 pp. 65-79.
- Slama, R. J. Bouyer, G. Windham, L. Fenster, A. Werwatz and S. H. Swan (2005). Influence of Paternal Age on the Risk of Spontaneous Abortion; *American Journal of Epidemiology*; Vol. 161, No. 9.
- Slama, R., A. Werwatz, O. Boutou, B. Ducot1, A. Spira1, and W. Härdle (2003). Does Male Age Affect the Risk of Spontaneous Abortion? An Approach Using Semiparametric Regression; *American Journal of Epidemiology*; Vol. 157, No. 9.
- Sosa Marín, M. (1994). Derechos reproductivos, salud sexual y reproducción y planificación familiar. *Rev. Sexología y sociedad.* nov; 1(0): 10-1.



Capítulo 70

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, SOCIAL Y POPULAR

*Rafael Borroto Chao, Ángela M. Moreno Pérez Baquero
y Héctor Corratge Delgado*

El término comunidad se ha venido aplicando a un conjunto de personas, organizaciones sociales, servicios, instituciones y agrupaciones. Todos estos actores y actrices viven en una zona geográfica y comparten la misma organización, así como valores e intereses básicos en un momento determinado. Según la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), la participación comunitaria se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance.

Factores que enriquecen la participación comunitaria

- Conocer las características de la comunidad, sus necesidades y expectativas.
- Establecer contacto con la comunidad e instituciones del gobierno para sensibilizarlos y motivarlos.
- Conformar un equipo local o identificar las estructuras existentes que puedan liderar el proceso e incorporar personas a la comunidad.
- Capacitar al equipo que promueve la experiencia, a los investigadores, y a dirigentes y funcionarios.
- Realizar autodiagnóstico con la participación de los diferentes grupos existentes en la comunidad.
- Priorizar los problemas identificados por la comunidad.
- Establecer un plan de acción para:
 - Determinar los objetivos.
 - Planificar las acciones.
 - Determinar las tareas y responsabilidades.
 - Evaluar el cumplimiento de los objetivos mediante indicadores.

La participación comunitaria puede incrementarse mediante:

- Grupos de autoayuda: conformado por personas con intereses comunes, tales como adultos mayores, jóvenes y familias, quienes constituyen una red de apoyo.
- Grupos poblacionales: líderes formales y no formales organizados en torno al trabajo comunitario.
- Grupos de monitores, mediante una red organizada de personas previamente capacitadas que se convierten en promotores.
- Consejos de vecinos y de madres y padres.
- Organizaciones de masa.

Participación social

El concepto de participación ha sido tratado ampliamente en la literatura en relación con ciertas fórmulas políticas y el eje fundamental para el desarrollo de la sociedad. Como práctica política, es calificada como un ejercicio de democracia que brinda la oportunidad de hacer realidad los derechos hasta ahora formales.

En su vinculación con las estrategias de desarrollo, la participación constituye un medio para lograr el reparto equitativo de los beneficios, y es el elemento indispensable para una transformación autosostenida de la sociedad.

De forma general, las diferentes conceptualizaciones sobre la participación coinciden en reconocer la importancia de este proceso en la consecución del desarrollo endógeno.

Todas las personas la ven como la que posibilita el progreso, e incluso, a su ausencia se le atribuyen los fracasos de un conjunto de proyectos emprendidos.

Sin embargo, tal acuerdo no significa que a la hora de interpretar el término, se le otorguen distintos significados y se dibujen diferentes matices en relación con su alcance.

En este sentido, se destacan las siguientes posiciones:

- La de aquellos autores que conciben la participación como sinónimo de información, y que ven en ella la expresión de la capacidad de la población de sensibilizarse, apoyar y actuar sobre la base de decisiones acerca del desarrollo tomadas con anterioridad por el gobierno.

En estos casos, se invita a las masas a colaborar y brindar su apoyo en la ejecución del plan. Esta contribución debe perdurar todo el tiempo en que se ponga en práctica el proceso que influirá en sus resultados. La voluntariedad, la persuasión, el convencimiento, y la capacidad de apoyo y movilización de la población hacia los programas de desarrollo propuestos son factores indispensables.

Participar, por tanto, en este marco de referencia es la propuesta de desarrollo. Su incorporación le permitirá capacitarse para intervenir en el logro del progreso y modernización de la sociedad y, a su vez, constituirá el eje para que tal transformación ocurra.

- Una segunda significación atribuida a la participación es considerarla como aquel proceso de intervención popular, el cual alcanza su autenticidad en la toma de decisiones.

Para los partidarios de esta interpretación, describir la participación con la triada información – sensibilización – actuación resulta limitado. Es la adopción de decisiones desde la base, en todas las etapas o fases del desarrollo, el descriptor clave de ese proceso.

Una definición de participación social integra tres cuestiones:

- *Formar parte*, en el sentido de pertenecer, ser integrante.
- *Tener parte*, en el desempeño de acciones adaptativas.
- *Tomar parte*, entendido como influir a partir de la acción.

La acción participar es precedida por la necesidad y, por ende, por una situación conflictiva y presionante que necesita solución; la participación siempre es para algo y por algo.

Para lograr la participación se sugieren cinco condiciones:

- Existencia de autoesfera político-social adecuada.
- Presencia de recursos técnicos y materiales.
- Estrategia y voluntad política.

- Derecho a la información.
- Incremento de relaciones horizontales y reducción de las verticales.

Algunos factores que favorecen la participación social

- Presencia de Consejos Populares.
- Población con alto nivel educacional.
- Existencia de organizaciones de base y recursos locales.
- Nuevos actores/actrices y procesos: unidades básicas de producción cooperativa, cuentapropista y otros, y posibles relaciones de cooperación.
- Comunidad de ideas con un conjunto de organismos nacionales, lo cual permite potenciar acciones integradas.

Algunos factores que la dificultan

- Cultura centralizada vs. cultura participativa en la población, los gobernantes, empresarios y funcionarios, y en los técnicos con:
 - Tendencia a generalizar y homogeneizar.
 - Espera y exigencias en el nivel superior.
 - Falta de responsabilidad.
 - Insuficiente competencia municipal.
 - Escasa autonomía municipal.
- Mecanismos y regulaciones: económicos, administrativos y legales vs. iniciativa, creatividad y gestión locales.
- Misión tecnocrática de las soluciones vs. soluciones autogestadas y cogestadas.
- Falta de cultura del territorio vs. elevación de la calidad del entorno.
- Población escasamente informada vs. transparencia.
- Verticalismo – sectorialismo vs. integración horizontal.

Participación popular

Interesante juicio hace Paulo Freire al afirmar que el hombre llega a ser sujeto por una reflexión sobre su situación, sobre su ambiente concreto. Mientras más reflexiona sobre la realidad y su situación concreta, más emerge consciente, comprometido, listo para cambiar esa realidad.

Consejos populares

Los Consejos Populares surgieron en Cuba en 1988 y son una forma de gobierno estructurado en el ámbito de barrio y de pequeñas localidades.

Allí se expresa la microrrealidad del país, toda la vida económica, social, política, lo mejor y lo peor de las relaciones sociales.

En la Constitución de la República de Cuba se plantea, en su Artículo 104 lo siguiente:

“Los Consejos Populares se constituyen en ciudades, pueblos, barrios, poblados y zonas rurales; están investidos de la más alta autoridad para el desempeño de sus funciones; representan a la demarcación donde actúan y, a la vez, son representantes de los órganos del Poder Popular, Municipal, Provincial y Nacional”.

La Ley 91 de los Consejos Populares, aprobada por la Asamblea Nacional del Poder Popular en el año 2000 expresa en uno de sus POR CUANTO:

“La participación popular es un principio esencial de nuestra democracia socialista que se manifiesta en la acción de los diputados y delegados a las Asambleas del Poder Popular; las organizaciones de masas, sociales, instituciones, entidades y demás integrantes de la sociedad, al intervenir de manera activa y coordinada en las decisiones que tienen que ver con la vida de la comunidad, el territorio y el país”.

El Capítulo VI, de la Participación Popular, de esta Ley, refiere textualmente:

“Artículo 35. La participación popular, en la actividad del Consejo Popular, constituye la vía fundamental para realizar su labor. Ella está presente en la identificación de los problemas y necesidades y sus posibles soluciones, hasta la adopción de las decisiones, así como en la planificación, desarrollo y evaluación de las principales acciones que se ejecutan en la demarcación”.

“Artículo 36. El Consejo Popular promueve la participación masiva de los residentes de la demarcación en la búsqueda de la unidad, el consenso, la identidad y el sentido de pertenencia de los ciudadanos por la comunidad, el territorio y el país”.

“Artículo 37. El Consejo Popular promueve programas de trabajo que involucren a vecinos y sectores específicos, como son niños, jóvenes, ancianos, amas de casa y otros, en función de sus necesidades e intereses”.

“Artículo 38. El Consejo Popular, mediante métodos participativos de trabajo, coordina e integra a los delegados, las organizaciones de masas, instituciones, entidades y vecinos en general, para:

- Identificar de forma sistemática los problemas y necesidades que afectan la comunidad y sus posibles soluciones.
- Organiza y promueve el esfuerzo colectivo de los vecinos para la solución de sus propias necesidades, mejorar la convivencia y la calidad de vida.

- Decidir la estrategia de trabajo para desarrollar, en un periodo determinado, las actividades que se propongan.
- Realizar la evaluación y control de los resultados de las acciones desarrolladas.

Recomendaciones relacionadas con la participación popular

- Identificar siempre los objetivos del trabajo participativo.
- Utilizar lenguaje popular.
- Dotar de instrumentos simples a las personas que trabajan en el contexto comunitario.
- Identificar de manera sistemática los problemas y resolver tanto su prioridad como su factibilidad.
- Enmarcar el diagnóstico en un contexto tanto cualitativo como cuantitativo.
- Identificar los problemas implica tener en cuenta las diferentes percepciones que de él hay.
- Incluir en el diagnóstico la identificación de los potenciales para la solución de los problemas.
- Hacer seguimiento sistemático.
- Diagnosticar con la comunidad, no a la comunidad.

Los investigadores muchas veces piensan que “tienen la verdad en la mano”.

El proceso de investigación – acción – participativa requiere un acto de humildad de los investigadores y respeto hacia la comunidad, y reconocer que es esta la que más se acerca a la verdad.

Los investigadores pueden hacer una relación de las soluciones a los problemas y en este sentido, la práctica va muchas veces más acelerada que la experiencia investigativa.

El concepto de participación popular debe entenderse en su carácter de proceso democrático autogestionario. El resultado es una actitud ante la vida. De lo que se trata es de “no dar el pescado, sino enseñar a pescar”.

Es la población la que tiene que entender que hace falta participar para resolver los problemas. La visión de la participación ha de ser la de un proceso constructivo y de ruptura de esquemas. Es un nuevo tipo de participación que trata de insertarse en una estructura política administrativa que le hace resistencia.

Las soluciones tendrán muchos obstáculos. La preparación y capacitación es para todos.

Bibliografía

- Álvarez Sintés, R. (2005). Salud Familiar. Manual del Promotor. Ed. MSDS/IAESP/ Misión Sucre, Maracay, 2da. ed, 3ra. Reimpresión.
- Atkinson S., Cohn A., Ducci M.E., Gideon J. (2005): Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: comparative case studies from Chile and Brazil. *Health Promot Int*; 20:167-75.
- Arias, A. (2000). *La instauración de los Consejos Populares en Cuba. Su relación con la democracia. Democracia, derecho y sociedad civil*. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana. pp. 109-10.
- Borroto Chao, R. (2005). Apuntes tomados en reuniones del Grupo Técnico Asesor de Trabajo Comunitario Integrado. CNPES, La Habana.
- Borroto Chao, R. (2000). Participación social y comunitaria. En Congreso ALAMES (MINSAP, La Habana), Resúmenes, La Habana.
- CERJUS (1999). Selección de lecturas sobre trabajo comunitario. CIE “Graciela Bustillos”, La Habana, pp.59-68.
- Instituto de Planificación Física, Cuba (1996). Notas [inédito]. En Taller sobre Planeamiento, La Habana.
- Linares, C., S. Correa. y Moras P. (1996). La participación: ¿Solución o Problema? Poligráfico Evelio Rodríguez, pp. 9-73.
- Martínez Calvo S. (2004). *Análisis de la Situación de Salud*. Editorial Ciencias Médicas; La Habana.
- Martínez, E. (2000). Transformando el barrio: una experiencia cubana. En I Taller de Trabajo Comunitario (La Habana). Memorias. Comisión Nacional Cubana de la UNESCO. La Habana, p. 36.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2006). *Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015*. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2011). Programa del Médico y Enfermera de la Familia., MINSAP, La Habana.





ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

*Silvia Martínez Calvo
María del Carmen Pría Barros*

La utilización del análisis de situación de salud (ASIS) en los servicios, constituye una necesaria contribución al desarrollo del sistema nacional de salud, además de considerarse como una de las competencias básicas, que singularizan al especialista de medicina familiar y que refuerzan su desempeño profesional.

En el presente capítulo se incluyen renovados contenidos sobre el ASIS, en sus dimensiones teórica y práctica, con el propósito de fortalecer su aceptación como herramienta imprescindible para los servicios de salud y elevar el desempeño del médico familiar.

Enfoque conceptual

Las definiciones del ASIS son diversas, aunque en esencia se mantengan sus propósitos. En la década de los 80, en documentos oficiales de la OPS/OMS, se consideró que las nociones de estado de salud, situación de salud y diagnóstico de salud no eran excluyentes, por tanto, era preferible insistir en su aplicación, más que ofrecer una definición precisa. Así, se continuaba, una corriente revitalizadora del ASIS por el organismo regional (OPS/OMS), que promovió su utilización en los servicios de salud.

Con similar propósito y estimulados por los avances tecnológicos computacionales, en los 90, se incorporaron enfoques y técnicas novedosas al ASIS que mantuvieron su vigencia, para alcanzar lo que se reconoció como su meta principal: “contribuir a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social”. Entre esos avances se destacaron la utilización de los Sistemas de Información Geográfica y el estudio de las desigualdades en salud según condiciones de vida.

En ese mismo periodo, en una retadora propuesta internacional, se comparó el transitar histórico del

concepto de salud, con las diferentes denominaciones metodológicas para su estudio. Los autores consideraron que, solamente se define el análisis de la situación de salud, cuando se concibe la salud como producto social.

En general, con el ASIS se ha privilegiado el desarrollo descriptivo de la situación de salud sobre su componente analítico; en consecuencia, se ha tenido más éxito en describir la situación de salud retrospectivamente que en anticipar, predecir o proyectar escenarios de intervención, parte de ello debido también al énfasis en lo coyuntural por sobre las tendencias. Estratégicamente, el ASIS es una función de inteligencia epidemiológica, que comprende:

- La evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud de las poblaciones y de sus determinantes, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, daños y en el acceso a los servicios.
- La identificación de las necesidades de salud de la población, incluyendo la evaluación de los riesgos de salud y la demanda por servicios de salud.
- El análisis de las estadísticas vitales y la situación específica de grupos de especial interés o mayor riesgo.
- La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- La identificación de recursos extrasectoriales que aportan en promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.
- El desarrollo de tecnología, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública, incluyendo actores extra-sectoriales, proveedores y ciudadanos.
- La definición y desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis y del impacto en salud de intervenciones poblacionales.

Es pertinente aclarar, que estos elementos que conforman el ASIS, propuestos desde la OPS/OMS, deben ajustarse y adaptarse en dependencia del espacio-población donde se realice pues, como es evidente, representan macroelementos para estudiar la situación de salud en los diferentes países.

Ya en esta primera década del presente siglo, a nivel regional, se identificó una diversidad conceptual y metodológica muy amplia para los ASIS, que incluían procedimientos, técnicas e instrumentos —tanto clásicos como novedosos— cuya revisión, sistematización, validación y recomendación de uso son necesarias y oportunas. Esto alcanza por igual a la diversidad de fuentes de datos y bases de evidencia para la generación de ASIS, incluyendo su calidad, totalidad y desagregación espacio-temporal.

Cualquiera sea la definición más acertada, existe consenso en reconocer como componente esencial del análisis la identificación de los problemas de salud de la población, expresado en los conocidos perfiles de morbilidad y mortalidad. De la identificación de problemas, se deriva su priorización y posible solución y, ambas acciones, desarrolladas mediante un trabajo interdisciplinario imprescindible. Más que definiciones, es preciso que se reproduzcan enfoques conceptuales que flexibilicen su aplicación y, en ese sentido, se considera que los términos diagnóstico de salud y análisis de la situación de salud, no son excluyentes, sino más bien diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico, para identificar y solucionar problemas de salud.

Análisis de situación de salud: uso de la epidemiología y función esencial de salud pública

Uno de los resultados más relevantes del Seminario Regional promovido por OPS/OMS sobre “Usos y perspectivas de la Epidemiología” en 1983, resultó la revitalización del Análisis de Situación de Salud, para su total aplicación, como uno de los principales usos de la Epidemiología en los servicios de salud. A partir de ese momento, fluyeron los aportes epidemiológicos para su utilización correcta; desde el diseño y ejecución de las reconocidas estrategias de intervención, como probable solución a los problemas detectados —no solamente su descripción— hasta la diversidad de modalidades para ejecutar el ASIS, incluido el excelente y práctico análisis según grupos específicos de población,

para vincular los problemas de salud con sus factores condicionantes y promover las respuestas de los servicios como importante elemento para su solución.

Tanto nacional como internacionalmente y con mayor o menor frecuencia, han surgido debates y controversias sobre el ASIS y sus fundamentos teórico-prácticos, aunque existe consenso acerca de sus objetivos y propósitos. En consecuencia, era de esperar su utilización generalizada, como instrumento metodológico en todos los sistemas de salud orientados a la APS, lo que no se cumple en muchos países, aunque sus sistemas de salud se sustentan en esa reconocida estrategia sanitaria.

Por si aún se cuestiona ese fundamento epidemiológico del ASIS, al establecerse las funciones esenciales de la salud pública (FESP) a inicios del presente siglo, se le reconoció como la primera de esas funciones, dentro del área de competencia técnica directa de las Oficinas de Epidemiología de la Autoridad Sanitaria Nacional. En ese sentido, con el ASIS deben aportarse evidencias objetivas para apoyar las decisiones en política sanitaria, incluyendo la priorización de intervenciones en salud pública. ¿Cuán saludable es la población? ¿Está mejorando la situación de salud o empeorando? ¿Existen áreas o subgrupos más saludables que otros? ¿Cuál es la magnitud de estas desigualdades? ¿Cuáles son los principales determinantes de la situación de salud observada y de las desigualdades en su distribución poblacional? ¿Qué riesgos implican estas desigualdades en salud? ¿Qué explica estas desigualdades en salud? ¿Cuáles son las necesidades de salud no satisfechas de las poblaciones? ¿En dónde se podría intervenir con más impacto? ¿En qué áreas se maximizaría el valor agregado de la cooperación técnica en salud? ¿Qué políticas, estrategias, programas e intervenciones de salud pública funcionan y con qué impacto? Todas estas preguntas deberían poder ser documentadas sistemáticamente en el ASIS e implican el uso de la epidemiología y la aplicación de un enfoque estratégico en el análisis de datos básicos de salud del país.

Al constituirse el ASIS en uso básico de la epidemiología, compromete a los especialistas de esta disciplina a perfeccionar sus procedimientos, a exigir que los integrantes de los equipos de salud y los diferentes actores sociales en la comunidad lo utilicen de manera correcta, y, especialmente, a promover la cientificidad del método para el análisis, hoy muy vinculado al estudio de las inequidades y desigualdades en salud.

Modalidades, tipos, espacios y niveles para el análisis de situación de salud

Las modalidades, básicamente, se derivan de conocidos enfoques acerca de los determinantes y factores condicionantes de la salud, así como, de análisis de políticas de salud realizados en diferentes décadas del siglo pasado, con el propósito de contribuir a la aplicación de acciones eficaces. Estas propuestas varían según su alcance y el escenario que le ofrece el contexto histórico social, así como, la fundamentación, el nivel de generalización, la utilidad y correspondencia con el pensamiento científico de los autores y las políticas de salud prevalecientes. En las décadas del 70 y 80 surgen las modalidades según los enfoques siguientes:

- Epidemiológico tradicional.
- Socio-ecológico.
- Análisis de políticas de salud.
- Campo causal y paradigmas de bienestar en salud.
- Campo de la salud.

Como se expuso anteriormente, ya en la década de los 80 se realizaron estudios sobre las desigualdades en salud, aunque no es hasta la década de los 90, que se diseñan y promueven modalidades del ASIS orientadas a estudiar la situación de salud y condiciones de vida; la rectoría de la producción social de salud y los determinantes de salud de la población.

Al iniciarse el nuevo siglo, la propuesta de actualización para el ASIS fue incorporar las desigualdades en salud como ampliación de su objeto, esbozada en la década anterior; estas desigualdades se detectan mediante técnicas rigurosas que identifiquen los determinantes de la salud, particularmente los determinantes sociales. En ese sentido, a finales del año 2002, expertos en políticas sociales y de salud, representantes comunitarios e investigadores de salud de Canadá, establecieron los determinantes sociales de salud (DSS), exploraron sus implicaciones para la salud y propusieron las políticas dirigidas a fortalecerlos. Entre esos determinantes estaban:

- Los ingresos y el nivel social.
- Las redes de apoyo social.
- La educación, el empleo y las condiciones de trabajo.
- Los entornos sociales.
- Los entornos físicos.
- Las prácticas personales de salud y las aptitudes de adaptación.
- El desarrollo saludable del niño.
- Las características genéticas y biológicas.

- Los servicios de salud.
- El género.
- La cultura.

Reconocieron que los DSS tienen un impacto directo sobre la salud individual y poblacional, son sus mejores predictores, seleccionan la estructura de los estilos de vida e interactúan con otros determinantes para producir salud. En el año 2003 los expertos de la OMS, al constituirse la Comisión para los Determinantes de la Salud definieron como los principales:

- El gradiente social.
- Estrés.
- Comienzo de la vida.
- Exclusión social.
- Empleo.
- Desempleo.
- Redes de apoyo social.
- Adicción.
- Alimentación.
- Transporte.

Es con estos elementos, que el organismo regional promueve el estudio de las desigualdades como objeto ampliado del ASIS, y se fortalecen sus objetivos y propósitos.

Modalidad según los elementos del campo de salud

Ya se explicó que en la década de los 70 con el modelo Medicina en la Comunidad, la ejecución del diagnóstico de salud se incorporó como habilidad formativa para los residentes de las especialidades básicas comunitarias, pero fue en el periodo 1988-1996, coincidente con el desarrollo del nuevo plan de estudio de medicina, que se diseñó y ejecutó un modelo formativo-capacitador sobre el ASIS, para su utilización en los niveles de pregrado y posgrado, debidamente ajustado a cada nivel y según los elementos del campo de salud de Lalonde. Lo novedoso de la opción pedagógica fue la secuencia metodológica para realizar el ASIS, desde el nivel de pregrado, hasta las dos variantes de formación de posgrado, o sea, las especialidades de medicina familiar y epidemiología.

El vínculo de unión para los diferentes niveles fue la identificación y solución de problemas comunitarios, cada uno desde su propio enfoque y mediante acciones específicas que se derivaron de conocimientos, habilidades y destrezas que los diferenciaban nítidamente: estudiante de medicina, residente de medicina familiar

y residente de epidemiología. El desarrollo del modelo formativo en la práctica reforzó el vínculo docencia-servicio, al entrenar a estudiantes y residentes, capacitar a los colectivos profesoriales, realizar investigaciones y proyectos comunitarios. Además, propició que el ASIS abandonara el escenario docente exclusivo y se transformara en un instrumento aplicativo útil para los servicios, de forma generalizada.

Modalidad según grupos específicos de población

En el propio ámbito académico y también en la década de los 80, además del Modelo del campo de salud, se promovió en toda la región la confección del ASIS según grupos específicos de población, modalidad difundida mediante el nuevo programa de Medicina Familiar que se implementó en la década de los 90. Esta modalidad, resultó útil para la identificación y solución de problemas de salud de un grupo vulnerable de la población, con características propias y patrones de salud diferenciados, por lo cual se ha utilizado con frecuencia en el trabajo de campo de los programas docentes, para beneficiar el área de los servicios. Los grupos específicos considerados con mayor frecuencia son: binomio madre-hijo, adolescentes, adultos –incluidos los trabajadores– y los adultos mayores.

Entre las ventajas de la modalidad, además de la identificación, caracterización y solución de problemas de salud propios de un grupo específico de población, al distribuirse por sexo y edad se facilita el enfoque de género, tan reclamado desde hace unas décadas. El análisis se desarrolla según tres elementos epidemiológicos claves: problemas de salud, factores condicionantes y respuesta de los servicios, lo que facilita la solución a los problemas detectados en el grupo escogido y no solamente su descripción. Esta modalidad resulta de fácil aplicación y es muy útil en áreas pequeñas y, especialmente, en la población estratificada del consultorio. Entre sus limitaciones podría considerarse la reducción del análisis a un segmento de la población y no a su totalidad, sin embargo, esa posible desventaja se eliminaría, si se reconoce esta modalidad como un excelente entrenamiento metodológico para realizar el ASIS en grupos de riesgo y una “vía de alerta”, acerca de los problemas de salud que pudieran afectar a los estratos-población más amplios.

Modalidad según condiciones de vida

Desde mediados de la década de los 90, se ha utilizado también la modalidad según condiciones de vida

para la formación posgraduada. Se diseñaron estrategias metodológicas para desarrollarla a nivel local: municipio, área de salud o consultorio del médico de familia y también se ha aplicado en el análisis de la situación de salud bucal. Entre sus ventajas, se puede citar la estratificación de la población según condiciones de vida, lo que permitió analizar integralmente los problemas de salud y sus dimensiones y detectar las desigualdades que, con otra modalidad del ASIS no se hubiesen identificado; su aplicación se considera como la fase inicial de los estudios de equidad en salud. Otra ventaja fue la identificación de las brechas de salud reducibles, al ponderarse los problemas de salud percibidos por la población, según los recursos existentes para su solución. En una reciente investigación se utilizó esta modalidad en los servicios, con la variante de aplicarla en áreas pequeñas.

Tipos

La tipología se relaciona con la ubicación del ASIS en el tiempo y así se desarrollaron varios tipos de análisis, entre ellos, los análisis de tendencias y los análisis de coyuntura. Los primeros tienen como propósito, identificar y determinar las condiciones de cambios en los procesos de salud-enfermedad de una población, usualmente de mediano y largo plazo. Por su parte, los análisis de coyuntura, responden a un contexto y a situaciones definidas de corto plazo, que permiten orientar cursos de acción, dependientes de condiciones de viabilidad y factibilidad de la coyuntura política existente. En Cuba, resultan muy valiosos estos análisis de tendencias elaborados por los profesionales de las instituciones de tercer nivel y, básicamente, los documentos dirigidos a los decisores y al personal de los servicios de salud, desde la Unidad de Análisis y Tendencias del Minsap, en el periodo 2000-2009. Estos análisis anuales estaban referidos al “comportamiento” y pronóstico de las principales enfermedades inmunoprevenibles, trasmisibles, no trasmisibles, la atención materno-infantil y al adulto mayor, mediante la aplicación de técnicas estadísticas *ad hoc*.

Espacios-población

Se refiere al territorio geográfico, conjuntamente con su población, cuya situación de salud se analiza. En Cuba, según lo establecido al iniciarse el modelo de Medicina Familiar, el ASIS se realizaba tanto en espacios-población abiertos, como cerrados: escuelas y centros de trabajos, pero actualmente se ha reducido o eliminado la ejecución del ASIS en esos espacios

cerrados. También se clasifican los espacios según los niveles organizativos de la división político administrativa nacional: país, provincia, municipio y consejo popular, así como en los niveles que determina la estructura organizativa del sistema nacional de salud: nacional, provincial, municipal, áreas de salud, grupos básicos de trabajo y consultorios. Recientemente, se debatió la utilidad del ASIS en algunos espacios y ya diseñaron indicadores para un denominado “Cuadro de Salud Nacional”.

El ASIS que se realiza a nivel de país, provincias y municipios, generalmente debe abarcar poblaciones grandes y se consideran poblaciones pequeñas las correspondientes a las áreas de salud, grupos básicos de trabajo y consultorios médicos. Para el estudio de grandes poblaciones, han resultado muy útiles y pertinentes los Sistemas de Información Geográfica (SIG), basados en programas computacionales que facilitan la ejecución de los denominados “Análisis Espaciales” y que permiten “visualizar” el o los problemas de salud, en su respectivo espacio territorial. Aunque es reconocida y aceptada esta diferencia poblacional según espacios territoriales, era muy frecuente que los indicadores convencionales del ASIS se utilizaran indistintamente, tanto para estudiar una población pequeña –como la que abarca un consultorio médico– como en espacios–población amplios, como el territorio nacional o una provincia, lo que constituía un error fácilmente reparable.

Procedimientos metodológicos para confeccionar el análisis de situación de salud

El ASIS tiene especificidad de contexto en sus componentes político-estratégicos y metodológico-instrumentales; en consecuencia, no existe un único ASIS, sino un conjunto diverso de ASIS. Recientemente, desde OPS/OMS, se detallan algunos de estos componentes como serían:

- Mortalidad y carga de enfermedad.
- Desigualdades en salud y determinantes sociales.
- Necesidades y prioridades en salud.
- Gestión del conocimiento sobre ASIS.
- Niveles de ejecución.

Participación comunitaria

Los ASIS tienen un elemento diagnóstico de situación y un elemento predictivo o prospectivo de escenarios. El principal producto de los ASIS –la evi-

dencia– debe reflejarse en la definición de prioridades y políticas nacionales de salud (promoción, prevención, control y recuperación) y en la implementación de programas, estrategias, intervenciones y actividades subsecuentes, incluyendo su evaluación de impacto poblacional.

Metodológicamente, no deben dictarse “recetas” para confeccionar el ASIS, simplemente orientarse mediante Guías *ad hoc* ajustadas a los diferentes espacios-población. Como lo define el término, la guía es para orientar, conducir, direccionar, pero nunca sustituirá la creatividad del profesional para identificar y solucionar los problemas de salud.

Para confeccionar el ASIS, se requiere disponer y utilizar datos básicos con un mínimo nivel de desagregación geográfica, demográfica, socioeconómica y sanitaria, en dependencia del espacio poblacional donde se aplique. Ya en la década de los 80 del pasado siglo, se estableció en la OPS/OMS, el Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus tendencias que, definitivamente, impulsó el desarrollo de nuevas tecnologías y propuestas de procedimientos en la confección del ASIS, con el objetivo de lograr que se utilizara como inapreciable herramienta cotidiana para los servicios de salud. Desde esa etapa, se han incorporado estrategias para el ASIS ajustadas a las modificaciones conceptuales y a la situación cambiante en los servicios de salud. Por ejemplo, la interesante valoración en que se considera que, según la concepción de salud que prevalezca, así se desarrollará metodológicamente el análisis.

Ya en la primera década de este siglo, en varios países de la región, se han elaborado propuestas metodológicas para realizar el ASIS, sin alterar sus principales componentes y ajustados territorialmente, por ejemplo en: Costa Rica, Venezuela, Perú.

Aplicación de los procedimientos metodológicos

Aunque la recolección de información sanitaria en Cuba –imprescindible para cualquier análisis epidemiológico– se inició en la etapa republicana, no fue hasta la creación del Sistema Nacional de Salud, que se elaboró un subsistema de información estadística que garantizaba el procesamiento y diseminación de datos útiles para el ASIS. En ese periodo, se utilizó una guía que facilitaba información sobre la situación de salud promovida por el organismo regional CENDES-OPS, con fines casi estrictamente normativos para el nivel nacional. Su propósito bien definido se relacionaba con

el binomio planificación-recursos. Aunque existió esa oportunidad informativa, no se elaboró una metodología para confeccionar el ASIS hasta la implementación del modelo de Medicina en la Comunidad en la década de los 70, pues se consideró –con la denominación de diagnóstico de salud– como habilidad básica para los residentes de las especialidades de pediatría, medicina y ginecoobstetricia. Estos diagnósticos se realizaban bimestral o trimestralmente en cada sector del área de salud para, posteriormente, presentarlo al director de la unidad, conjuntamente con los miembros de los equipos horizontales y verticales.

Surge en la década de los 80 y, desde la óptica de la higiene social marxista, un enfoque socio-higiénico del estado de salud de la población, que incorpora algunos elementos de los diferentes modelos y esquemas internacionales vigentes en esa etapa, adaptados a la realidad nacional. Esa propuesta metodológica, se sustentó en el modelo hombre-sociedad-naturaleza, con amplio desarrollo en el espacio académico-docente, pero con discreta aplicación desde los servicios.

En el año 1990, mediante un diseño pedagógicamente riguroso, en el programa de formación del especialista en medicina general integral, se incluyeron 3 módulos cuyos contenidos estaban enfocados al ASIS en diferentes momentos y, por supuesto, como habilidades formativas, se incorporaron procedimientos metodológicos para su confección. Estos procedimientos, extraídos del programa de la especialidad, se utilizaron posteriormente, como Guía Metodológica en los servicios de salud, con ajustes y modificaciones.

El objeto del ASIS es la población, ya esté representada por la familia, los grupos de población o la comunidad en su conjunto y, como se ha enfatizado, su propósito básico es “entender las causas y consecuencias de las diferencias de los problemas de salud en esa población”. Debe eliminarse la tendencia a transformar el ASIS en un conjunto de indicadores o tasas que en ocasiones nada reflejan, lo que constituye un obstáculo a veces insalvable en su utilización.

Al mencionar el término “indicadores”, indudablemente se acepta que el tema es otro asunto escabroso en la confección del análisis. Un indicador es “un instrumento de medición construido teóricamente y su importancia está en lo que mide; representa una tasa -medición del riesgo- que en algunos casos posee un denominador variable o modificable”. Los indicadores propuestos para el análisis son bien conocidos por los especialistas de las ciencias básicas de la salud pública –particularmente los especializados en Bioestadística– y durante su etapa de adiestramiento, el médico de familia

puede ejercitarse en ese sentido, pues les resulta imprescindible utilizarlos para identificar y solucionar los problemas de salud de sus territorios.

Los indicadores se construyen y su variación, depende del objeto de análisis. Esta “tarea constructiva” corresponde a un profesional entrenado, pero no aislado, por eso el médico familiar ha de realizarlo mediante el intercambio multidisciplinario que es inherente al ASIS.

En ocasiones y con poco rigor científico, para desarrollar el ASIS se ha pretendido aplicar similares indicadores entre los diferentes niveles organizativos del sistema de salud: área de salud, municipio, provincia y nación. La consecuencia de esta incorrecta decisión, ha sido la transformación del ASIS en una actividad monótona y reiterativa, que no estimula en nada el desempeño de los profesionales y técnicos que lo elaboran en cada uno de esos niveles. En esos espacios-población, la periodicidad de realización del ASIS está sujeta a los intereses propios de cada nivel, aunque técnicamente no debía ser inferior a un semestre, dado el tamaño de la población a estudiar y la factibilidad de obtener información oportunamente.

Las diferencias metodológicas entre los niveles fueron bien elaboradas –entre otros investigadores– por Bergonzoli y Victoria quienes las hacen depender, por un lado, del número de habitantes y, por otro, de los procedimientos técnicos más apropiados para aproximarnos al objeto de estudio. En otro apartado de este capítulo, se resumen los procedimientos y los resultados obtenidos en la ejecución del ASIS a nivel local.

Procedimientos metodológicos para el ASIS en la medicina familiar

Es bien conocido, que desde hace varias décadas, el sistema nacional de salud tiene como eje conductor la estrategia de APS, lo que resultó ventajoso para incorporar un modelo de prestación de servicios cuyo objeto de atención es la familia, de ahí, la relevancia de utilizar el enfoque familiar al realizar el ASIS, siempre adecuado a los diferentes contextos locales y a las circunstancias cambiantes de los perfiles de morbilidad y mortalidad del país.

Como se expuso en párrafos anteriores, para facilitar la aplicación del ASIS por el equipo del consultorio de medicina familiar, se diseñó una Guía Metodológica, elaborada según el modelo del campo de salud de Lalonde y que permitió analizar la situación de salud de una población, enfocada a los cuatro elementos que lo conforman. Entre las principales ventajas de

este modelo, estaba la posibilidad de realizar un ASIS verdaderamente equiponderado para identificar los problemas de salud que afectaban a la población en estudio, al mismo tiempo que ofrecía una nueva perspectiva analítica, al reconocer y explorar factores que influyen definitivamente en la situación de salud y que sin este valioso instrumento, no se hubieran detectado.

Por otro lado, si se consideraba a la familia como “unidad de análisis” y a los grupos de población y a la comunidad como sujeto-objeto del mismo, resultaba pertinente la integración de los cuatro elementos básicos del modelo de Lalonde, para identificar los problemas de salud que los afectan y estimular su participación en la posible solución de esos problemas. En cuanto a la familia, era reconocido ampliamente que este grupo social primario, constituye el modelo más importante para educar y transmitir hábitos y estilos de vida a los individuos en un nivel de socialización insustituible, de ahí, la necesidad de analizar su situación de salud y lograr su participación en la solución de los problemas surgidos dentro y fuera de su entorno, lo que representa una tarea ineludible del médico familiar.

La utilización de indicadores de salud familiar, además de incorporar enfoques alternativos y renovar los indicadores convencionales para realizar el ASIS, facilitarían la aplicación de acciones preventivas dirigidas a los integrantes jóvenes del núcleo familiar, al control de los enfermos crónicos para evitar las complicaciones, y a la rehabilitación de los discapacitados con el propósito loable de contribuir a elevar su calidad de vida. Sin invertir gran cantidad de recursos, la utilización de estos indicadores de salud familiar propiciarían –entre otros elementos– el control de los riesgos que definitivamente favorecen la aparición de las enfermedades que más nos afectan como: la hipertensión arterial, el asma bronquial, la enfermedad cardíaca coronaria, el cáncer y la diabetes, lo que impactaría sin dudas en la elevación del nivel de salud de la población en su conjunto.

Con el propósito de adiestrar correctamente al futuro médico familiar, se propuso para su etapa de residente la ejecución del ASIS por etapas sucesivas, que iniciaban con la discusión de un problema de salud, como un adiestramiento básico imprescindible. En esta discusión participarían 5 residentes de consultorios cercanos con el jefe del Grupo Básico de Trabajo a cargo de su atención docente. Se consideró problema de salud “desde una afección clínica individual, una epidemia o endemia, hasta el daño ocasionado en la comunidad por afectación de la salud ambiental que incluye los trastornos de índole psicosocial”. Si el objetivo general en

la formación del médico de familia es “la modificación del estado de salud de la población”, era necesario que desde sus inicios identificara los problemas de salud de esa comunidad y, especialmente, contribuyera a su control y posible eliminación.

Para la confección del ASIS en el consultorio, se consideró una periodicidad de 6 meses, para que el médico elevara paulatinamente su desempeño y por consiguiente, la calidad del Análisis, siempre precedido del análisis mensual de un problema de salud relevante en su comunidad, excelente ejercicio colectivo.

Para todos los residentes de medicina general integral, en el primer semestre se haría una caracterización de su comunidad y según avanzaba en el proceso formativo, agregaría o adicionaría nuevos elementos, hasta finalizar, con un Informe completo y pertinente del ASIS de su comunidad. Además, para su confección, se recabaría la colaboración de los especialistas que se requirieran, en dependencia de los perfiles de morbilidad y mortalidad en ese espacio-población. La etapa siguiente, sería la comparación de los problemas detectados en cada ASIS, con su situación en etapas anteriores: su modificación o su eliminación.

Una vez confeccionado el informe sobre el ASIS, se debate con la comunidad mediante su presentación a líderes formales y no formales. Lo óptimo en este procedimiento, sería la participación de un número aceptable de residentes de la comunidad, no solamente sus representantes, para que directamente expongan sus necesidades de salud, base incuestionable de los problemas y prioridad profesional del médico familiar, como agente de cambio social.

Este informe del ASIS, aceptado por la comunidad y sus representantes, se expone a los profesores del GBT, para recibir sus críticas y recomendaciones. Cuando es factible, se invita a los representantes formales de la comunidad a esta presentación. Aprobado el informe, se establecen las prioridades, siempre consecuentes con los problemas identificados y se elaborará la propuesta del plan de acción, que enfatizará las tareas factibles de realización por quienes compete.

El plan se presenta a los profesores del GBT para su definitiva aprobación y se inicia su ejecución hasta la elaboración del informe del ASIS en el período siguiente; este plan se utilizará como instrumento evaluativo del desempeño del equipo de salud y de la participación de la comunidad.

El plan de acción, sobre todo por sus posibilidades de ejecución a corto, mediano y largo plazo, constituye el colofón en el procedimiento metodológico del ASIS y, al respecto, es muy importante no proponerse metas

inalcanzables. Estará precedido de la priorización de los problemas de salud, componente administrativo del ASIS, habilidad “compartida” por el médico de familia con otros expertos. El plan de acción constituye un excelente instrumento de control que lo ayudaría, por un lado, a entender el objetivo del ASIS y, por otro, a «medir fuerzas» como médico de familia. Por esta razón, reiteramos que es preferible un plan corto pero realizable, a una lista de buenas intenciones que restan credibilidad a su desempeño.

En los informes se dedican páginas completas, a exponer una tras otra las características de la comunidad objeto de análisis y solamente, en dos o más cuartillas, se proponen soluciones o se brindan recomendaciones, en muchas de las cuales no se consideraron los factores condicionantes de los problemas que se describen. El plan de acción es una herramienta gerencial, que contribuye a reforzar la utilidad del ASIS y traduce el qué y cómo hacer para resolver los problemas priorizados, siempre con la participación comunitaria directa o a través de sus líderes.

En síntesis, el esquema metodológico propuesto para confeccionar el ASIS se conformaba por las etapas siguientes:

- Obtención de información.
- Análisis e interpretación de la información recogida.
- Identificación de los problemas de salud.
- Elaboración del Informe
- Presentación y debate del Informe con los integrantes y representantes de la comunidad.
- Aprobación del Informe por el GBT.
- Priorización o jerarquización de los problemas detectados.
- Confección y presentación del plan de acción

En cada etapa, los vínculos interdisciplinarios son casi obligatorios y la relación con expertos resultará imprescindible, entre estos destacan: epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, administradores de salud, bioestadísticas, higienistas e investigadores en sistemas y servicios de salud. Es impensable pretender que, con la complejidad inherente a la realización del ASIS, solamente un especialista se responsabilice con su elaboración. También, se requiere de la participación de la comunidad, especialmente en las tres últimas etapas, aunque no debe olvidarse que los intereses y necesidades de la comunidad son cambiantes, por tanto, se requieren técnicas y procedimientos que estimulen esa participación.

Finalmente, este esquema metodológico para confeccionar el ASIS, no deberá remplazar la ejecución

de los programas de control que se desarrollan en el área o municipio, al contrario, si sus metas e indicadores están bien dirigidos al problema de salud, deberán coincidir con el plan de acción derivado del ASIS. Siempre que se hayan precisado bien los objetivos del ASIS, no deberán existir dificultades para su realización.

Antes de concluir este apartado, es pertinente aclarar que esta propuesta metodológico-docente, debía modificarse según los diferentes momentos de perfeccionamiento del programa formativo.

Algunos resultados en la elaboración del ASIS

Como era de esperar, la utilización del modelo recibió críticas, básicamente surgidas de su errónea aplicación, ya que si al analizar cada uno de los elementos no se consideró el nivel de integración que propusieron los diseñadores el análisis final carece de rigor y, en consecuencia, se deteriora el proceso de identificación de los problemas de salud. Por ejemplo, en el caso del elemento ambiente, el análisis no debía circunscribirse exclusivamente al ambiente físico, si no debía incluirse también el ambiente social y, simultáneamente, los determinantes sociales que probablemente lo originaban. Otra limitante metodológica en la incorrecta utilización de esta modalidad de ASIS, fue la priorización del enfoque descriptivo de los elementos del campo de salud, sin analizar lo que aporta la conjunción o integración de cada uno en la aparición de los problemas, lo que limita su posible solución. Esta deficiencia se detectaba, al evaluar los informes sobre el ASIS en dos importantes investigaciones. La utilización de indicadores de salud familiar, fue otro aspecto deficitario, pues el desarrollo de esta competencia en el desempeño del médico familiar, se ha postergado aunque desde mediados de los 90, se habían confeccionado documentos metodológicos que contribuirían a realizar un análisis del grupo familiar, científicamente riguroso.

Después de dos décadas de ejecución del ASIS en los servicios, en el 2003 se realizó una relevante y oportuna investigación, cuyos resultados parciales fueron publicados. Se estudió una muestra nacional de 600 consultorios de medicina familiar y se evaluaron *in situ*, los informes de los ASIS que habían elaborado los Equipos Básicos de Salud a ese nivel. Entre los principales resultados se encontraron los siguientes:

- La caracterización socio-demográfica de la población, fue la categoría de la dimensión social mejor representada en todos los informes y resultó escasa la información y el análisis, sobre la disponibilidad de recursos y servicios.

- La mayoría de los riesgos identificados, estaban relacionados con la salud ambiental y los aspectos psicosociales de la salud familiar, que incluían hábitos no saludables como el fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas y el estilo de vida sedentario. Entre los riesgos ambientales, los más importantes fueron la condición sanitaria del agua y de los desechos sólidos y líquidos.
- Las enfermedades y los daños, solamente se representan por cifras y análisis de la morbilidad, sin considerar las discapacidades, ni la influencia de las condiciones de vida, sobre la aparición de los problemas de salud prevalentes.
- Las acciones de salud en la comunidad, están principalmente dirigidas a los mayores de 60 años y adolescentes, aunque están bien identificados otros grupos de población.
- Solamente en los consultorios ubicados en una de las 14 provincias estudiadas, los problemas identificados en el ASIS, eran similares a los percibidos por la población. No se evaluaron frecuentemente los problemas en los servicios preventivos y de atención médica y además, fue escasa la información sobre la participación comunitaria e intersectorial, en la solución de los problemas detectados.
- El plan de acción, otra etapa importante del ASIS, estaba bien diseñado en casi todos los informes, aunque la planificación de las tareas y los indicadores evaluativos, no eran totalmente coincidentes. Es interesante que en otra investigación realizada 10 años después de la implementación del modelo de Medicina Familiar, sí se habían evaluado los planes de acción confeccionados por los médicos familiares en los consultorios de un municipio.

En resumen, la mayoría de los problemas descritos estaban relacionados con la organización y operación de los servicios de salud, la situación sanitaria ambiental y las conductas de riesgo en la población y se reconoció que, según los indicadores utilizados nacionalmente, los problemas de salud incluidos en los informes, coincidían con la situación de salud de la población en estudio. La consecuencia directa de estos resultados, fue el diseño de una nueva Guía Metodológica con siete componentes, para realizar el ASIS en los consultorios de medicina familiar.

Aplicación de otros procedimientos metodológicos

Hace una década, a casi 20 años de implementado el Modelo de Medicina Familiar, resurgió en el sistema

de salud, una creciente demanda de información confiable procedente del nivel local e imprescindible para identificar las necesidades de salud, evaluar adecuadamente las intervenciones y asignar equitativamente los recursos. Con el propósito de satisfacer esa demanda, resultaron apropiados los métodos para la estimación de indicadores en áreas pequeñas, que han experimentado un considerable desarrollo y resultan útiles para precisar el tamaño de las poblaciones residentes en esas áreas.

Al iniciarse el modelo, en el consultorio existía una población media nacional de 620 habitantes, cifra que varió –entre 1000 a 2000, aunque no se ha modificado la información originada en ese nivel y que merece un tratamiento adecuado. En ese sentido, deben utilizarse los indicadores con cautela y siempre asociados al uso de números absolutos con referencia a los totales pues, dado el tamaño poblacional, los resultados de su aplicación se afectarán, siempre que se presenten ligeras modificaciones en la población de estudio. Es recomendable, para aumentar el tamaño de la población y, antes de establecer comparaciones entre indicadores de distintos espacios-población o de diferentes periodos, utilizar indicadores con cálculo de base trienal o quinquenal y la tipificación indirecta. Para identificar los problemas de salud, se recomienda en este tipo de área, la utilización de técnicas cualitativas. Una de estas técnicas es el análisis de casos, que permite acceder a toda la información útil para hacer un análisis integral, o sea, relacionar los riesgos con las enfermedades, las discapacidades y las causas de muerte.

Para su aplicación en el nivel municipal, se estratificó la información requerida del municipio seleccionado por áreas de salud con la información de los consultorios y estos por familias. El concepto de estratificación de las áreas de salud según condiciones de vida, se “operacionalizó” en las cuatro dimensiones propuestas por Castellanos: económica, ecológica, biológica y de la conciencia y la conducta y posteriormente, de cada una de estas dimensiones se obtuvieron 17 indicadores derivados de los sistemas de información. Las técnicas básicas en esta modalidad son:

- Índice de desarrollo integral.
- Estratificación e indicadores trienales.
- Tipificación indirecta.
- Juicio grupal ponderado.
- Identificación de diferenciales en salud (indicadores de resultados).

Estas técnicas son fáciles de aplicar por el médico familiar y esta modalidad, representaría una excelente

oportunidad para adquirir nuevas competencias en la ejecución del ASIS.

Utilización del ASIS en los servicios

Desde la implantación del Modelo de Medicina Familiar, alrededor de 33 000 médicos de familia en todo el país, se encargaron de confeccionar el ASIS –residentes y especialistas– lo que demostró el nivel de aplicación en los servicios de este uso de la epidemiología. Como se expuso en otro apartado del capítulo, realizar el ASIS se consideró una singularidad en la formación de este profesional y, al mismo tiempo, una habilidad inherente a su desempeño que actualmente, se ajusta a las propuestas de cambio en los servicios de salud.

Aunque el informe del ASIS se elabora y presenta por el médico familiar, el “plan de acción” que se deriva al identificar y priorizar los problemas de salud, no siempre se realiza con la participación de la comunidad, si no con los principales líderes y por otro lado, aún resultan débiles las relaciones intersectoriales para resolver esos problemas de salud. Aunque el enfoque comunitario de la formación médica y el trabajo directo con la familia y la comunidad, acercan al médico al lugar donde surgen los problemas de salud, aún existen brechas para una eficiente implementación y el conocimiento teórico que sobre el ASIS debe poseer el equipo básico de salud, para su correcta utilización en los servicios. La exigencia que recibe el equipo básico del consultorio, para cumplir cotidianamente con las actividades de los programas de control, minimiza la utilidad del ASIS como instrumento para la solución de los problemas que no se relacionen con estos programas, sea cual fuese la situación epidemiológica del espacio-población a atender.

Resultó estimulante, la vinculación docencia-servicio relacionada con el ASIS y materializada eficientemente en la antigua Facultad de Salud Pública, cuando decenas de egresados de los programas de las residencias de higiene y epidemiología y bioestadística, así como de las maestrías de Salud Pública y Atención Primaria de Salud, realizaron el ASIS en varios municipios de la capital. Se beneficiaron frecuentemente con este vínculo docencia-servicios los municipios Lisa, Marianao y Playa, al establecerse un convenio de colaboración académica entre las Direcciones Municipales de Salud y la Facultad. La presentación y discusión de los informes que realizaban los estudiantes ante los integrantes de los Consejos de Dirección de las unidades correspondientes a esas áreas, resultó un valioso aporte para la identificación y solución de los

problemas de salud en el territorio y una excelente contribución a elevar científicamente las acciones de salud, para beneficio del personal y de la propia comunidad.

Conclusiones

El tema pretende estimular el interés para reconocer la importancia y utilidad del ASIS, para los servicios de salud. Constituye una de sus principales competencias básicas para el especialista de medicina familiar, y su ejercicio no clínico más relevante. Sin dudas, no se considera un instrumento metodológico simple ni de sencilla aplicación, por eso requiere de conocimientos teóricos sólidos y adiestramiento frecuente. Una singularidad es que –a diferencia de otros procedimientos técnicos sanitarios– se necesita de la participación comunitaria para alcanzar sus propósitos. Por otro lado, que existan diferentes modelos, tipos, niveles y espacios de ejecución del ASIS traduce su complejidad y, en ese sentido, debe evitarse la tendencia a simplificar su confección.

No existe oposición en aceptar que el Análisis de Situación de Salud, es un instrumento valioso para sustentar las estrategias sanitarias que debe desarrollar el personal de salud en la comunidad, sin distinción de perfiles profesionales o técnicos, y los especialistas del campo de la salud deben estar bien entrenados para utilizarlo. Aceptar justamente el ASIS, como uno de los usos fundamentales de la epidemiología y una de las funciones esenciales de la salud pública, permite confirmar su utilidad para las políticas sanitarias, aunque en pocas oportunidades los sistemas de salud obtienen el máximo aprovechamiento de esta herramienta en los servicios. Es cierto que el ASIS necesita reorientación y ajustes para enfrentar los cambios y retos del sistema nacional de salud –lo que ya se ejecuta– pero, indudablemente, su utilización ha contribuido a esclarecer la situación de salud de la población cubana y a vislumbrar soluciones a los problemas de mayor frecuencia.

Bibliografía

- Aldereguía, J. (1996). Hacia un enfoque sociohigiénico integral del estado de salud de la población. Instituto de Desarrollo de la Salud, La Habana.
- Alegret Rodríguez M. (2005). Alternativa metodológica en el análisis de datos espaciales para la investigación, la vigilancia y la gerencia en salud. Tesis para optar por el grado científico de Doctora en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba.
- Alegret Rodríguez M. Rivero E. (2003). Atlas Automatizado de Salud de la Provincia de Villa Clara. Villa Clara: Editorial Feijóo, Universidad de Las Villas. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu> (No. Registro CUMED 778).

- Álvarez A., García A., Bonet M. (2005). Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud. Caso Cuba. INHEM, La Habana.
- Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS). Curso Gestión Local en Salud para Técnicos de Atención Primaria. Primera edición, 2004. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Costa Rica.
- Astraín Rodríguez M.E. (2004). Situación de salud según condiciones de vida. En: Martínez Calvo S y coautores. Análisis de la situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; pp. 85-104.
- Bacallao, J. *et al.* (2002). Índices para medir las desigualdades de salud de carácter social basados en la noción de entropía. *Rev. Panam Salud Pública*, vol.12, n.6, pp. 429-435. OPS/OMS.
- Bergonzoli G.P., Victoria D. (1994). Rectoría y vigilancia en salud. OPS, Costa Rica.
- Castillo Martínez, A. (2004). Análisis de situación de salud con enfoque de espacio-población para el nivel local. Curso especial de posgrado en Gestión Local de Salud. Universidad de Costa Rica.
- Sistema de Estudios de Posgrado (SEP). Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. 2004.
- Fernández E., González P. (s/f) Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS). Disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/nuevo.pdf>
- Heredia H., Artmann E., López N. y Useche J. (2011). Priorización y análisis de problemas de salud con una mirada desde la equidad: experiencia en el nivel local en Venezuela. *Ciencia & Saude Colectiva*, 16 (3):1887-98.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A Working Document. OPS/OMS. Washington DC.
- Louro Bernal I. (2004) Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* 20(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi.
- Loyola, E. *et al.* (2002). Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud. *Rev. Panam. Salud Pública*. Vol.12, n.6, pp. 415-428. OPS/OMS.
- Martínez Calvo S (1997). Opción pedagógica para el ASIS en pregrado. *Rev. Edu. Med. Sup.* 11(2).
- Martínez Calvo, S. Cabrera, J. Jiménez, L. Fariñas A.T. (2000). Los convenios municipales en la relación docencia-servicio-investigación. *Rev. Cub. Salud Pública*. Vol 26, No.1.
- Martínez C.E., Valdez W. y Miranda J. (2008). Metodología para el Análisis de Situación de Salud. Documento Técnico. Ministerio de Salud del Perú.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2006). Análisis del comportamiento probable de algunos eventos de salud seleccionados. UATS, La Habana.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2008). Capítulo XXII. De los consultorios médicos de la familia. Reorganización, Clasificación y Funciones del personal. Documento de trabajo.
- Nunes A, Santos J.R.S., Barata R.B., Vianna S.M. (2001). Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Panamericana da Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- OPS (2002). The Social Determinants of Health: On overview of the implications for policy and the role of the health sector. Toronto.
- OPS/OMS (1996). Boletín Epidemiológico. Uso de los Sistemas de Información Geográfica en Epidemiología (SIG-Epi). Vol.17, No.1.
- OPS/OMS (2002). Funciones Esenciales de Salud Pública. Documento. En: La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.
- OPS/OMS (2002). Funciones Esenciales de Salud Pública. Documento. En: La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.
- OPS/OMS. Boletín Epidemiológico. Fortalecimiento de la capacidad nacional en Epidemiología. Vol.6, No.2, 1985.
- OPS/OMS.(2011). Reunión Comité Técnico de Expertos en ASIS. Asunción, Paraguay. Noviembre.
- Pría MC, Louro I, Fariñas A.T., Gómez H., Lorenzo A., Segredo A., González B, Hernández L y Hernández E (2006). Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. *Rev. Cub. Medicina Gen. Integr.* Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi02306.htm
- Pría Barros M.C. (2006). Diseño de una metodología para realizar el análisis de la situación de salud según condiciones de vida. Disponible en: URL http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_4_06/mgi04406.htm
- Pría Barros M.C., Astraín Rodríguez M.E., Martínez Calvo S, Rodríguez Cabrera A., Alfonso Betancourt N.M., Coutin Marie G., Tuero Iglesias A (2006). Análisis de la situación de salud según condiciones de vida a nivel local en Cuba: Aspectos metodológicos. Años 2001–2005. ENSAP, La Habana.
- Pría MC (2007). Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal en Cuba. Tesis para optar por el grado científico de Doctora en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba.
- Programa Especial de Análisis de Salud (1999). Documento de Trabajo 1999-2002. Documento revisado por el Director y el Gabinete del Director. OPS. Washington DC.
- Ramis Andalia R.M. Estado de Salud de la Población. Supercurso [en línea] 2003. [fecha de acceso Julio 16 2003]. Disponible en: URL: <http://virtual.sld.cu/wssc/slides/slides.php3?c=63&d=1>
- Raphael D. Addressing the Social Determinants of Health in Canada: Bridging the gap between research findings and public policy. Options Politiques. Disponible en: <http://www.socialjustice.org>
- Rojas F. (1994). Sistemas de Vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. Grupo Interdisciplinario de Estudios. La Habana.
- Rojas L, Everlery Pérez O (2004). Heterogeneidad Social en la Cuba actual. Ciudad de La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano; 163- 94.
- Rojas, F., López, C. y Silva L.C. (1994). Indicadores de salud y bienestar en Municipios Saludables. OPS/OMS, La Habana.
- Wilkinson R., Marmot M. (2003). Social Determinants of Health: The solid fact. World Health Organization. Copenhagen; OMS, Regional Office for Europe.

Capítulo 72



DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

Mario León González

El diagnóstico de salud mental comunitario (DSMC), resultado de asociar el diagnóstico integral de la comunidad con el análisis específico de la situación de salud mental, es la base fundamental en la que se sustenta el Modelo de Atención Comunitaria en lo que a Salud Mental se refiere, por lo que resulta imprescindible su manejo adecuado por parte de los miembros del equipo de salud, el que debe ser capaz de asumir la responsabilidad de promover estilos de vida saludables, prevenir en este caso las enfermedades mentales que se puedan evitar, atender a las personas enfermas así como a las familias con problemas de salud, y rehabilitar a la población necesitada a la que brinde asistencia.

El DSMC está integrado al ASIS (véase capítulo 71 “Análisis de la situación de salud”) y, como este, incluye el diagnóstico de las características y la problemática del ambiente social en que se enmarca, las particularidades del territorio y sus políticas sociales, las necesidades sentidas y las prioridades de todo tipo: socioeconómicas, etnoculturales, espirituales, sanitarias, etc., de los diferentes grupos humanos que se han de atender.

Cuando un equipo de salud inicia el trabajo en una localidad determinada, debe partir de lo que se llama examen preliminar de la comunidad, el que no es más que el estudio de las características socioeconómicas, socioculturales y demográficas de la comunidad en cuestión y la primera identificación de las necesidades de salud que presenta esa comunidad así como de los recursos existentes para atenderlas. El examen preliminar permite determinar aproximadamente cuáles son los problemas prioritarios que merecen ser explorados con mayor detalle (Levav, 1992). Es como una “foto flash” inicial que el equipo de salud realiza a su comunidad y que constituye la base para iniciar el trabajo, establecer un plan de acción acorde a las necesidades fundamentales de la misma y para profundizar posteriormente en

dichas acciones. En la medida que profundizamos en la problemática inicialmente detectada, que conocemos mejor a la comunidad, sus necesidades sentidas y aquellas identificadas por el equipo profesional, podemos arribar al diagnóstico de salud (Gofin y Levav, 2001).

Ejemplificando: pudiera suceder que en el examen preliminar se detectaran 10 casos de alcoholismo en una circunscripción, a través del criterio de etiquetado que la propia población le da a los enfermos, pero al profundizar sobre el problema, aplicando instrumentos específicos para detectar el tipo de consumo de alcohol que tiene la población, como son el Test de CID y el CAGE, constatándose que existen 20 abstemios, 120 bebedores sociales, 25 bebedores en riesgo, 15 consumidores perjudiciales y 12 dependientes del alcohol, se ha profundizado acerca del problema alcoholismo, inicialmente detectado y se arriba a su diagnóstico.

Del mismo modo, se detectan 16 pacientes dentro del grupo de dispensarización de los psicóticos. En la medida en que se examina individualmente y diagnostica de acuerdo con su enfermedad, se irá profundizando en lo que preliminarmente se encontró y se arriba al diagnóstico de ese problema: 10 son esquizofrénicos, 3 trastornos afectivos bipolares, 1 psicosis orgánica y 1 trastorno psicótico breve (a modo de ejemplificación). Lo mismo sucede con cualquier problema identificado en el examen preliminar de la comunidad (León, 2006).

Esquema general del diagnóstico de salud mental comunitario

Se propone el siguiente esquema, que se basa en la revisión crítica de la información ya existente en el área de trabajo, a través de estudios sociodemográficos previos, registros administrativos y asistenciales, controles existentes en los policlínicos y consultorios médicos, consejos populares, información recogida

a través de informantes claves de la comunidad, participación en asambleas populares, etc. (Sánchez y Barrientos, 2001 a, b).

A. Características de la comunidad:

1. Ubicación geográfica: es importante conocer la ubicación geográfica de la comunidad identificando sus límites, extensión territorial, así como el número de habitantes y su densidad poblacional. En el caso de realizar el diagnóstico de salud mental dentro de un centro de trabajo o estudios, se debe señalar su ubicación dentro del área de salud a la que pertenece, lo mismo sucedería con el realizado en un consultorio médico de la familia.
2. Redes de comunicación y transporte público: se debe buscar información acerca de la vías que utiliza la población para comunicarse con otras regiones e, incluso, para acceder a los servicios de salud locales. Rutas de ómnibus urbanos o rurales y frecuencia que influye en la rapidez de acceso, redes de comunicación a través de los medios de transportación pública. Es importante conocer las vías de comunicación de la comunidad de estudio con lugares aledaños que constituyen fuentes de empleo o de estudios, las dificultades en este campo constituyen necesidades sentidas de la población y son capaces de modificar el bienestar de la misma.
3. Datos socio-demográficos: identificar los grupos poblacionales por edades, en este sentido se prefiere hacer en grupos de a 5, para poder realizar la pirámide poblacional y conocer los estratos etáreos predominantes de la población, que servirán para dirigir acciones de salud específicas para los mismos, también el sexo, etnias, estado civil, ocupación y escolaridad, así como conocer grupos religiosos predominantes, así como el número y características de los núcleos familiares (familias nucleares, ampliadas o extensas).
4. Características socio culturales: en este aspecto se debe considerar lo siguiente:
 - a) Organización de la comunidad, instituciones y líderes: Se debe conocer cómo está organizada la comunidad, cuáles son las instituciones que existen y los líderes de las mismas. En Cuba la población está organizada en Consejos Populares; cada consejo está constituido por circunscripciones con sus respectivos delegados elegidos por la población. Deben identificarse otras formas organizativas tales como centros y empresas productivas y de servicios, así como si existen redes sociales de apoyo, tales como

grupos de ayuda mutua o autoayuda, organizaciones fraternas o religiosas, u otras. Nuestros médicos y otros profesionales de la salud cumplen honrosas misiones internacionalistas en muchos países del mundo y deben tener en cuenta las formas organizativas de la sociedad en cada uno de ellos al realizar el DSMC.

b) Análisis socio-ambiental:

- Abasto de agua: se debe conocer cuál es el abasto de agua de la población. Si es por el acueducto, identificar las fuentes y las condiciones físicas de las tuberías. Se hace necesario saber cuál el estado higiénico sanitario de las mismas, pues a veces han existido zonas con contaminación de las redes con aguas de albañales, lo que puede provocar epidemias, así como la frecuencia con que se realiza el suministro, pues muchas veces este se ve afectado por roturas en las redes, lo que ocasiona problemas de déficit de agua en las viviendas y constituye una necesidad sentida importante de la población.
- Residuales sólidos y líquidos: el desagüe de las viviendas en las ciudades es por lo general a través del alcantarillado y debe conocerse el estado de este servicio comunal. En otros lugares existen las fosas magras, que a veces se llenan y ocasionan salideros de aguas de albañales en la vía pública o en el interior de las viviendas, fuente de contaminación de toda índole.
Otro aspecto que debe tenerse en cuenta es la recogida de la basura o residuales sólidos. La inestabilidad de la recogida provoca la acumulación de basuras alrededor de contenedores abarrotados, conformándose microvertederos que, a su vez, dan lugar a indisciplinas sociales e importantes focos de contaminación y proliferación de vectores.
- Vectores: de lo anteriormente expuesto resulta la proliferación de vectores de todo tipo, pero también existen personas que tienen crías de animales de corral como cerdos, gallinas, patos, etc., que con los restos de alimentos, sus heces y orina, asociados a la poca higiene de muchas familias, provocan también la proliferación de vectores dañinos a la salud humana.
- Animales domésticos: es importante identificarlos por el riesgo que su presencia ocasiona si no están debidamente vacunados, si

además se encuentran ubicados en lugares donde hay otros vectores transmisores de enfermedades como la leptospirosis, pues ellos pueden ser transmisores de esta enfermedad o de la rabia; pueden ser portadores de otros vectores como pulgas y garrapatas, o de enfermedades como la sarna, entre otros, que pueden afectar a la salud humana también. En zonas rurales, la presencia de animales de corral es mucho más común y en esos lugares las condiciones para su tenencia suele ser mucho más adecuada, por la distancia de las casas de sus corrales o cuarterones para su pastoreo. De todos modos, es importante identificar en esos lugares la sanidad de ese ganado, por el riesgo que una epidemia entre ellos puede causar a los seres humanos.

- Valores, creencias, actitudes y prácticas: muchas regiones tienen su idiosincrasia cultural que hay que tener en cuenta a la hora de evaluar el fenómeno salud-enfermedad. Los patrones de conducta están muy en relación con los conocimientos y actitudes de la población. Hay regiones dentro de un mismo país que difieren en ciertos patrones culturales, por lo que es necesario tener en cuenta los valores y definiciones de salud y enfermedad tanto de los miembros de la comunidad como de sus líderes. Un ejemplo fehaciente lo son los patrones de ingestión de bebidas alcohólicas, diferentes de una región a otra.

Algunos autores incluyen una síntesis histórica de la localidad de estudio, con el objetivo de profundizar en el conocimiento de los elementos relacionados con la cultura local. (Rodríguez, 1997)

B. Información sobre salud y enfermedad:

1. Mortalidad: conocer las principales causas de muerte y sus tasas es imprescindible para ejercer acciones que ayuden a su disminución. Las tasas de mortalidad se expresan generalmente en número de fallecidos por 100 000 habitantes. En salud mental el manejo de las tasas de suicidio y de homicidio de la comunidad en que se trabaja, es fundamental.
2. Morbilidad: se debe investigar la morbilidad general y la morbilidad psiquiátrica existente en registros previos. A diferencia de las tasas de mortalidad, las de morbilidad se expresan en números de personas afectas por 1000 habitantes. En este sentido la morbilidad general debe desglosarse en

primer lugar en los cuatro grupos de dispensarización existentes:

- a) Grupo I: personas supuestamente sanas.
- b) Grupo II: personas en riesgo.
- c) Grupo III: personas enfermas.
- d) Grupo IV: personas con deficiencias y discapacidad

Posteriormente, la dispensarización de las enfermedades crónicas no transmisibles, las infectocontagiosas y de transmisión sexual, así como los grupos diagnósticos de los trastornos mentales: esquizofrenia y trastornos delirantes; Trastornos afectivos mayores y depresión; trastornos neuróticos y emocionales; trastornos de personalidad y desviaciones sexuales; alcoholismo; adicción a drogas; retraso mental; Enfermedad de Alzheimer y otras demencias; otros trastornos psiquiátricos de base orgánica (Markez *et al*, 2000); trastornos psiquiátricos de la niñez y la adolescencia. (González *et al*, 1998; Peón *et al*, 1999) se irán diagnosticando de acuerdo al Tercer Glosario Cubano de Enfermedades Mentales vigente (GC-3). Es importante insistir en la expresión de los datos de morbilidad y mortalidad en tasas para que puedan ser comparados con otros estudios.

- C. Condiciones de riesgo identificables: deben investigarse los factores de riesgo identificables en la población de estudio, los que deben desglosarse en riesgos de carácter individual, riesgos familiares; si vamos a estudiar a la población infanto-juvenil hay que tener en cuenta factores de riesgo educacional. Si se tratara del examen preliminar o diagnóstico de salud de un centro de trabajo, deben tenerse en cuenta los factores de riesgo laborales. Los factores de riesgo comunitarios dependen de factores objetivos, capaces de poner en peligro la salud, y de las necesidades sentidas de la población, lo que va a ser esencial al determinar el nivel de prioridad en su solución y que varían de una comunidad a otra.
- D. Recursos de la comunidad: los recursos con los que cuenta la comunidad son los dependientes del sector salud y los extrasectoriales. Los que dependen del sector salud pueden ser oficiales, como la presencia de hospitales, hogares de ancianos o impedidos, policlínicos, farmacias, consultorios médicos, Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM), etc., los que deberán describirse detalladamente y señalar la relación existente entre ellos y la comunidad, así como su funcionamiento, recursos humanos con los que cuentan, etc.

Otros recursos del sector salud son los no oficiales y, en este caso, nos referimos a la presencia de curanderos, yerberos, “curadores de empacho” y santeros, grupos de ayuda mutua, alcohólicos anónimos, etc. (aunque algunas de las personas y ONG que incursionan por su cuenta en el campo de la salud puedan jugar un papel negativo, por asumir conductas no científicas o contraproducentes a lo establecido por nuestros servicios de salud, éstas deben conocerse y tomarse en cuenta si poseen algún grado de influencia en la comunidad). Los recursos extrasectoriales incluyen todos los sectores de la comunidad que no tienen que ver directamente con la salud pero que, indirectamente, por resultar importantes para la vida social y económica de la población, pueden repercutir en ella; entre esos recursos podemos citar las instituciones estatales, las organizaciones políticas y de masas, con gran fuerza en cuanto a recursos humanos, etc. Estos serían los recursos extrasectoriales oficiales. Los no oficiales incluyen organizaciones no gubernamentales, comunitarias o religiosas, como lo pueden ser las logias, grupos de aficionados a equipos deportivos, fanáticos a un artista o a una expresión musical (Ej.: rock, nueva trova, etc.). En otros países, bandas o pandillas, grupos mafiosos, hippies, etc. (León et al, 2001)

E. Determinación de prioridades y estrategias de intervención: una vez que se han identificado los problemas existentes y se tiene un conocimiento general acerca de la población, sus características sociodemográficas, socioculturales, organización, recursos existentes, etc., se debe explorar las alternativas con las posibles soluciones eficaces y factibles y llegar a la determinación de prioridades para la toma de decisiones, estableciendo un plan de acción inicial. Si se tiene en cuenta que el modelo de atención comunitaria, con un enfoque más salubrista de la salud mental, exige una participación comunitaria no solo en la detección de problemas, sino en la toma de decisiones y en el accionar, entonces el equipo de salud no debe determinar las prioridades aisladamente. Es imprescindible que la comunidad, con sus líderes, organismos, empresas, etc., tengan una participación activa en este proceso, que de tan cerca les concierne (León, 2002). Muchas veces lo que para el equipo de salud constituye un objetivo prioritario, para la comunidad no lo es; sin que deje de constituir algo importante, pero sin embargo existen otros problemas en la población que tienen un mayor significado para sus habitantes y que, quizás, el equipo de salud había minimizado en relación con su valor real.

Existen múltiples métodos para determinar las prioridades. Describiremos aquí dos de ellos someramente para que sirvan de guía, pero cualquier metodología a utilizar es buena, siempre y cuando la comunidad tenga una participación activa, sea comprensible para todos los participantes y sea democrática.

Método del mapa de riesgos y recursos

Es una metodología participativa ideada en Italia a principios de la década del 70, en una fábrica de automóviles, para solucionar problemas de los trabajadores (riesgos y recursos necesarios). Posteriormente esta metodología se extendió a los servicios de salud, y sigue utilizándose en la actualidad en diferentes partes del mundo. Este método ofrece un diagnóstico integral de los riesgos a los que está sometida la población de una región geográficamente definida, y cómo los percibe ella misma, así como permite determinar cuáles son los recursos con que cuenta para solucionar las necesidades sentidas. Es un proceso donde la comunidad participa activamente con sus líderes y equipos de salud, instituciones y empresas productivas, no solo en la detección de riesgos y recursos, sino en el mapeo de los mismos y en la determinación de prioridades y confección del plan de acción. El procedimiento consta de tres fases fundamentales:

Fase I. Fase preparatoria. En esta fase han de tenerse en cuenta los siguientes aspectos a considerar:

- Preparación previa de toda la junta directiva acerca de la metodología a emplear, así como al consejo de vecinos y el EAPS.
- Citar al mayor número de familias con anticipación para un lugar, fecha y hora preestablecidos.
- Preparar papel y lápices suficientes para los asistentes, o utilizar un papelógrafo o pizarrón para reflejar la lluvia de ideas y partir de la historia de la propia comunidad cuando se celebre la asamblea comunitaria.

Fase II. Análisis de la experiencia cotidiana:

- Primera asamblea comunitaria: La experiencia cotidiana es diferente de acuerdo al lugar, edad, género, actividad laboral o escolar, etc., por lo que se le pide a cada participante que exprese su propia experiencia en el papel entregado o a través del medio de registro de que se disponga, estimulándolos a la participación en la identificación de los riesgos ambientales y sociales existentes en la vida cotidiana de su comunidad.
- Trabajo de terreno por grupos, convocando para ello a los propios asistentes.

- Agrupación lógica de los riesgos. el análisis y discusión de los riesgos presentes en la población, permite su agrupación lógica: Ej.: riesgos de saneamiento ambiental (distribución de agua potable, recogida de basura, vectores, contaminación, etc.), por carencia de servicios básicos (electricidad, comunicación, transporte, salud pública, etc.), riesgos sociales (desempleo, prostitución, alcoholismo, drogadicción, abandono escolar, falta de atención a grupos vulnerables, etc.).
- Confección de mapas parciales (de ser necesario, con medios rústicos).

Fase III:

- Segunda asamblea comunitaria para unificar los mapas parciales confeccionados por los diferentes grupos de trabajo y mostrar los resultados a la comunidad.
- Ubicación del mapa en un lugar visible y de acceso a toda la población para su conocimiento.
- Evaluaciones de impacto posterior en el primero y segundo niveles de atención.

Cuando se trabaja en la comunidad se está muy presionado asistencialmente, sobre todo cuando se dispone de poco personal en el ESM y por tanto a la hora de determinar prioridades se necesita utilizar un método lo más simple posible no solo para su realización, sino también que sea de fácil comprensión por la población y que simplifique lo más posible el proceso. Por ello proponemos un método que en la práctica ha dado resultados (Cooperación Italiana en Salud, 1989).

Método D.N.R

Este método, creado en el CCSM de Lawton (León, 1997), consiste en valorar en puntos tres acápites, que recogen los aspectos más importantes para determinar la prioridad de un problema específico: dimensión del problema, necesidad real de solución y recursos con los que se cuenta para ello.

Cada aspecto se valorará en una escala de cero a veinte puntos y la suma total de ellos dará una puntuación máxima posible de sesenta, que sería el mayor nivel de prioridad alcanzable. Por tanto, tenemos que:

$$D + N + R = P$$

D = Dimensión
N = Necesidad
R = Recursos
P = Prioridad

Dimensión. Al evaluar la dimensión de un problema determinado, hemos de tener en cuenta la magnitud del mismo y su gravedad. Para medir la magnitud hay que valorar el por ciento de la población que se encuentra afectada por el mismo, o la tasa de morbilidad de un problema de salud específico, dándosele mayor puntaje cuanto mayor sea la magnitud. Al evaluar la gravedad, hay que considerar el grado de implicación, las consecuencias sociales, el grado de compromiso con la vida de la población, las tasas de mortalidad, etc. Mientras más grave, mayor puntaje debe recibir. Se hace una valoración integral de estos dos aspectos a la hora de ofrecer un puntaje a la dimensión de este.

0	5	10	15	20
Poca magnitud		Gran magnitud		
Poca gravedad		Muy grave o severa		

Necesidad. En este aspecto hay que evaluar la necesidad real que tiene la comunidad de solucionar el problema y para ello tenemos que cuestionarnos:

- ¿Es realmente imprescindible la solución por la afectación que el problema ocasiona? (dimensión).
- ¿Existe un interés marcado por parte de la población para su solución?
- ¿Hay motivaciones suficientes?
- ¿De posponerse su solución se agravaría o aumentaría su magnitud?
- ¿Puede realizarse a corto o a largo plazo?

Tomando en cuenta las respuestas anteriores, la comunidad (o una representación de ella, con sus líderes, organizaciones, etc.) decidirá la puntuación que se le dará a este aspecto según la escala:

0	5	10	15	20
Poco necesaria su solución		Muy necesaria su solución		

Recursos: para evaluar los recursos que se necesitan para solucionar el problema planteado, hay que tener en cuenta si existen o no, cuánto cuesta la inversión necesaria para lograrlos, por lo que debemos cuestionarnos lo siguiente:

- ¿Existen todos los recursos humanos y materiales necesarios?
- ¿Cuánto costaría invertir recursos en la solución?
- ¿Con los recursos que existen se puede resolver el problema? ¿En parte o en su totalidad?
- ¿Es realmente factible invertir recursos en su solución en estos momentos?

En los dos acápites anteriores la puntuación es positiva, o sea: a mayor valoración de la dimensión o la necesidad, mayor será la puntuación. En este punto la evaluación es negativa; es decir, que a mayor cantidad de recursos o costos necesarios a invertir, el acápite recibirá menor puntuación y medirá realmente la factibilidad o no de solución del problema.

La evaluación se haría según la escala siguiente:

0	5	10	15	20
Muy costoso Necesita muchos recursos o no hay recursos disponibles para su solución		Poco costoso Necesita pocos recursos o existen recursos disponibles		

Con la aplicación de este método podemos determinar un puntaje que, aunque se basa en elementos objetivos, como son la magnitud, gravedad, necesidad, costos, etc., interviene, como en todos los métodos, el factor subjetivo a la hora de que un grupo de personas determinen una puntuación específica. Sin embargo, el método no difiere en cuanto a sus resultados al compararlo con otros métodos, según se ha podido comprobar en la práctica, y es mucho más simple y fácil a la hora de aplicarlo.

Al concluirlo se colocan las prioridades en orden decreciente en una tabla como se muestra en el ejemplo de la tabla 72.1.

Una vez que se haya determinado cuáles son las prioridades en relación con los problemas detectados en una comunidad específica, debemos proceder a planificar las diferentes actividades que el ESM, el EAPS y la comunidad, a través de acciones de cogestión o autogestión, van a realizar para dar solución a cada problema de salud.

Para ello se confecciona un Plan de Acción, que consiste en programar las diferentes tareas, delimitando el tipo de actividad a realizar, sus participantes,

el o los tipos de recursos que son necesarios para su desempeño, el lugar donde se va a efectuar y el tiempo o momento en que se va a hacer lo programado (fecha y hora). Este plan de acción recoge una programación de todas las actividades que se planifiquen, y tiene como valor fundamental que, a través de él, podemos controlar su ejecución, el éxito o fracaso de cada una y, de esta forma, retroalimentarnos para proseguir, perfeccionar o corregir errores en su realización:

Tipo de actividad. Deberá describirse el tipo de actividad a realizar para solucionar un problema o parte de él. Ej.: recogida de basura, localización de deambulantes, tipificación del consumo de alcohol, etc.

Participantes. En cada actividad deberá especificarse quiénes serán los que participarán en su ejecución. Ej.: ESM, EAPS, CDR, delegado, comunidad, etc.

Responsables: cada acción debe tener quién deberá responsabilizarse con la ejecución de la misma y al que se le pedirá cuentas al evaluar periódicamente el plan. Ej.: Delegado, presidente del CDR # 2, coordinador de zona, médico de la familia, etc.

Recursos. Deberán consignarse los tipos de recursos necesarios para la ejecución de la actividad programada. Los recursos dependen de aspectos humanos o materiales, y se pueden clasificar según el tipo de solución del problema en:

- Administrativos.
- Educativos.
- Recreativos.
- Culturales.
- Deportivos.
- Comunitarios o sociales.
- Asistencial o terapéutico.
- Investigativo.
- Judicial, etc.

Lugar. Se especificará el lugar en el que se va a realizar la actividad programada. Ej.: Zona de los CDR, consultorio médico, CDR # 16, CCSM, etc.

Tabla 72.1. Ejemplo de cómo se colocan las prioridades en orden decreciente

No. de prioridad	Problema	Dimensión	Necesidad	Recursos	Total (P)
1	Vertederos	20	20	20	55
2	Calles	18	20	10	48
3	Oscuridad	15	15	12	42
4	Alcoholismo	6	20	14	40

Tiempo. Se señalará el tiempo que se requiere para su ejecución, o la fecha y hora exacta en que se realizará la actividad programada.

Para confeccionar el Plan de Acción, el equipo de salud, con la comunidad y sus líderes, deberá trazarse las estrategias de intervención para cada problema detectado, y de allí saldrán las diferentes acciones que deberán realizarse. Ej.: para solucionar el problema de los deambulantes, se podrían programar un número de actividades en las que intervendría el ESM en unas, la comisión de prevención social en otras, el EAPS, la comunidad y sus dirigentes en otras, etc., según se muestra en un plan de acción supuesto (Tabla 72.2).

Como se ha visto, para cada problema se han programado tres actividades, que vendrían a constituir las estrategias de intervención para cada uno de ellos. Se puede decir, entonces, que el programa de actividades que hay que trazarse para solucionar un problema de salud con un orden lógico y acorde con las posibilidades locales de cada comunidad, es lo que constituye la estrategia de intervención de dicho problema.

Muchas veces se hace difícil por la vorágine de la vida moderna, reunir a la comunidad y sus representantes para confeccionar este plan de acción, por lo que el equipo de salud es quien debe asumirlo. En este caso se diseñan las posibles actividades a realizar y los dirigentes comunitarios decidirán quiénes serán los

responsables de ejecutarlas porque resultan acciones extrasectoriales (León 2012).

Se puede afirmar que el diagnóstico de salud, también llamado análisis de la situación de salud, atraviesa por las siguientes etapas:

1. Identificación de problemas:
 - a) Conocimiento = ¿cuál?
 - a) Definición = ¿cómo?
 - b) Exploración = ¿por qué?
 - c) Clasificación = Tipo de problemas, índole de las posibles soluciones y recursos necesarios para ello
2. Exploración de alternativas con las posibles soluciones eficaces y factibles.
3. Determinación de prioridades con participación comunitaria (Métodos de Hanlon, Levav, Mapa de Riesgos y Recursos, FODA, Precede, DNR, etc.).
4. Plan de Acción.
5. Evaluación:
 - a) Reflexión:
 - Cumplimiento de tareas
 - Eficacia de soluciones.
 - b) Detectar errores.
 - c) Destacar logros.
 - d) Generalizar experiencias.

Se recomienda estudiar el Capítulo 74 “Técnicas participativas en el análisis de la situación de salud”.

Tabla 72.3 Ejemplo de un Plan de acción

Problema	Actividades	Participantes	Responsables	Recursos	Lugar	Tiempo
Vertederos	Limpieza de vertederos	Cederistas Comunales	Delegado Resp. comunales	Administrativo Comunitario	Vertederos de Circunscripción 133	Domingo 3-oct. 8.00 a.m.
	Recogida de basura	Comunales. Población	Comunales	Administrativo	Circunscripción 133	Días alternos
	Charlas educativas	Cederistas EAPS	Coordinador de Zona, EAPS	Educativo	Consultorio 44-2	1ros lunes de mes 8.00 p.m.
Deambulantes	Detección de deambulantes	ESM, EAPS, grupo Prev. Social, CDR, PNR, población	Grupo de prevención social	Administrativo. Comunitario	Circunscripción 133	Durante el mes en curso
	Evaluación clínica de deambulantes	ESM, EAPS, Deambulantes, familiares, vecinos	ESM	Asistencial. Comunitario	CCSM Lawton	Durante el trimestre
	Tto y rehabilitación de cada uno	ESM, EAPS, Deambulantes, familiares, vecinos	ESM	Asistencial (terapéutico), Comunitario	CCSM	A partir de la evaluación de cada uno

Bibliografía

- Cooperación Italiana en Salud (1989). Mapa de Riesgos y Recursos. Una metodología participativa. Programa Rehabilitación, Cuba. Principios-Guías.
- Gofin, J. e I. Levav (2001). Examen preliminar de la comunidad. *Temas de Salud Mental en la comunidad*. Serie Paltex. No. 19 pp. 3-25.
- González, P., M. Piloto y J. González (1998). Diagnóstico de Salud Mental Infanto-Juvenil del CCSM Lawton [inédita]. Trabajo de terminación del Módulo Comunitario. Maestría en Psiquiatría Social (Curso Académico 1997-98). ISCM de La Habana.
- _____ (2012). *Salud Mental, comunidad y técnicas de intervención comunitarias*. Libro de texto para la Maestría en Salud Mental Comunitaria. Editorial Yan Impresos. Capítulo 3 Diagnóstico de Salud Mental Comunitario. pp: 89-148. República Dominicana. 2.
- León, M. (2006). Salud Mental y Comunidad [soporte electrónico]. Texto para el Módulo Comunitario de la Maestría en Psiquiatría Social. II Edición. La Habana. (Capítulo: Diagnóstico de Salud), pp. 20-34.
- _____ (2002). La atención comunitaria en Salud Mental. *Rev. Cub. Medicina General Integral*, No 5.
- _____, G. Barrientos y J. González (2001). Guía metodológica del funcionamiento de los Centros Comunitarios de Salud Mental. En *Enfoques para un debate en Salud Mental* (Colectivo de autores), Editora Conexiones. La Habana. pp. 275-312.
- Levav, I. (1992). Temas de Salud Mental en la Comunidad. Publicación de la OPS-OMS. Serie Paltex. Washington DC. 343 pp
- Markez, I., M. Poó, J. Ariño, S. Córdova, C. Merino et al (2000). *Atención comunitaria de la enfermedad mental*. Editorial Ararteko, Bilbao, España, pp. 34-39.
- Peón, T., M. Romero y R. Ferrera (1999). Diagnóstico Infanto-Juvenil; Área 30 de Noviembre” [inédita]. Trabajo de terminación del Módulo Comunitario. Maestría en Psiquiatría Social (Curso Académico 1998-99). ISCM de La Habana.
- Rodríguez, E. (1997): “Diagnóstico de Salud Mental de Catalina de Güines” [inédita]. Tesis de la Maestría en Psiquiatría Social (Curso 1996-97). ISCM de La Habana.
- Sánchez, F. y G. Barrientos (2001a). Psiquiatría social y comunitaria. Biblioteca de la Salud Mental. Editorial Búho. Capítulo II. “Psiquiatría social”. pp. 25-76.
- _____ (2001b). Psiquiatría social y comunitaria. Biblioteca de la Salud Mental. Editorial Búho. Santo Domingo, DOR Capítulo X. “Psiquiatría comunitaria”. pp. 487-19.
- _____ y F. Gómez (2002). Salud mental en la comunidad, guía para la acción. Colección Biblioteca de Salud Mental. Editorial Búho. Santo Domingo, R.D. Capítulo 3: El diagnóstico comunitario. pp. 55-72.



Capítulo 73



PARTICIPACIÓN POPULAR EN EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Rafael Borroto Chao

Introducción

El diagnóstico y análisis de la situación de salud tienen una gran importancia para el quehacer del médico de familia, tanto para su competencia como en el desempeño.

El eminente pedagogo brasileño Paulo Freire, fallecido en 1997, con su pensamiento y experiencia en el siglo xx, marcó un proceso de cambio de conciencia orientado hacia la transformación social, y permitió visualizar la importancia de la participación popular para identificar, priorizar y resolver los problemas relacionados con la salud, así como el compromiso que adquiere la persona con su comunidad.

El diagnóstico y análisis de la situación de salud, como la dispensarización, constituyen las habilidades que más singularizan el desempeño del médico de familia.

El diagnóstico es un proceso transdisciplinario y también intersectorial, que permite conocer las interrelaciones sociales en la comunidad, así como los recursos de salud disponibles.

Es transdisciplinario por ser un proceso integral que incluye dimensiones económicas, políticas, sociales, culturales, medio ambientales y éticas, con una interrelación inherente al propio fenómeno del desarrollo.

Un fenómeno de tal naturaleza precisa una aproximación transdisciplinaria, superadora, no solo de la especialización académica convencional, sino también de la llamada colaboración “interdisciplinaria” o “multidisciplinaria”. El enfoque transdisciplinar engloba las especialidades del viejo estilo desde la biología y la física hasta la ética y la filosofía de la historia, así como las denominadas ciencias sociales, pero con una perspectiva holística que la diferencia de los enfoques inter o multidisciplinarios. Responde así a las exigencias de una realidad que no admite la fragmentación

de objetos de estudio impuestas por las disciplinas especiales, ya que la vida humana y los ecosistemas de los que forma parte incluyen múltiples factores, esencialmente interrelacionados e interdependientes.

Existe consenso en reconocer como elemento esencial del análisis la identificación de los problemas que, a su vez, se derivan de los perfiles epidemiológicos de la comunidad, evidenciados en el resultado de la acción de los diferentes actores y actrices sociales devenidos líderes comunitarios.

El diagnóstico de salud es la fase descriptiva para enfrentar los problemas de salud, y el análisis de la situación de salud, el elemento conclusivo para la solución de esos problemas. Tanto uno como el otro no son excluyentes, sino más bien diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico.

Un principio básico de la salud pública en su conjunto, es la solución de los problemas detectados y no solamente su descripción.

Problemas y necesidades

La participación activa y consciente de la población en el análisis de la situación de salud determina, dentro de las alternativas de solución, qué problemas están en condiciones de ser identificados y priorizados para su solución. De aquí la importancia que conozcamos el significado de problema.

El problema corresponde entonces, a un estado de salud considerado deficiente por la persona, el médico y la colectividad.

Por otra parte, se habla también de necesidad, la cual expresa la desviación o la diferencia entre el estado óptimo, definido de forma normativa, y el actual o real. En este sentido, la necesidad representa lo que se requiere para solucionar el problema identificado.

Se subraya que la existencia de necesidades puede concebirse, incluso, en una situación en la que no hay

problema. Este es el caso, por ejemplo, de la futura madre o del recién nacido, quienes sin presentar problemas, tiene necesidades en materia de promoción, prevención de la salud o protección de su entorno.

En este caso, la necesidad es lo que hace falta para mantener la salud en su estado actual, estado que corresponde con una situación deseada.

La determinación de necesidades como etapa subsiguiente se enriquece. Tal como hemos mencionado, esta determinación va más allá de la identificación de problemas.

Para la actividad de identificación de problemas se trata de:

- Que cada una de las personas participantes manifieste cuáles son los problemas que existen en la comunidad.
- Analizar las posibles relaciones entre dichos problemas.

Es necesario pensar cómo resolverlos, de tal manera que se beneficien el mayor número de personas posibles y se proceda de forma ordenada.

Clasificación de los problemas

Durante el ejercicio de identificación de problemas, pueden manifestarse las principales dificultades y obtener como resultado una amplia lista de problemas, los cuales es necesario clasificar y ordenar, con vista a comenzar a actuar sobre ellos.

Esta clasificación y ordenamiento va a servir para tomar conciencia de que las dificultades están relacionadas entre sí y que existe una situación – problema que afecta a una parte mayor o menor de la población de la circunscripción o Consejo Popular de que se trate.

Para ordenar la lista de problemas, estos se pueden agrupar así: problemas que afectan la economía, la salud, la educación, el medio ambiente, la cultura, el deporte, la educación física, la recreación, otros.

Es necesario analizar los problemas en conjunto, para actuar sobre los mismos de una manera global y con vista a obtener mejores resultados, ya que analizar los problemas aisladamente, en ocasiones nos impide encontrar soluciones integrales a una situación problema.

Determinación de prioridades

El procedimiento de determinación de prioridades permite identificar no solamente los problemas que son prioritarios, sino entre estos, aquellos para los cuales hace falta continuar investigando. De esta forma, la determinación de prioridades es un proceso de toma de decisiones.

¿Cuál es, pues, el objetivo o, más bien, la utilidad de la determinación de prioridades?

La definición del término prioridad nos ofrece una indicación.

“Prioridad”: calidad de lo que sucede, acontece antes en el tiempo; anterioridad de una cosa respecto de otra. Aparecer con prioridad: “preceder”.

La determinación de prioridades no se dirige, en primera instancia, a otorgar la importancia, sino más bien a la “precedencia” de un problema sobre el otro; este procedimiento identifica lo que debe considerarse en primera instancia.

Para determinar las prioridades, hace falta inicialmente escoger problemas y retener alguno de ellos.

Esta etapa se asemeja al proceso de toma de decisiones por el cual se estima, en primer lugar, el valor de un problema; a continuación se le compara con otros problemas y, finalmente, se decide en función de los resultados obtenidos, si el problema debe ser retenido o rechazado.

Una vez agrupados los problemas, se procederá a identificar métodos de priorización que sean coherentes, tanto al nivel de instrucción como sociocultural de la comunidad, y se selecciona aquel de mejor comprensión y aplicación, que dé soluciones a las necesidades sentidas y reales planteadas por esta.

Para realizar la priorización de problemas de salud, existen algunos métodos, como por ejemplo Hanlon, Grupo nominal, y el conocido como Pooled Rank; se elige el de mejor factibilidad y comprensión para la comunidad representada por sus líderes. La aceptabilidad del método está en correspondencia con su ejecución.

Esta etapa establece el proceso de toma de decisiones que garantiza la participación activa y consciente de la comunidad. Siempre se debe elegir el método de priorización de mayor aceptabilidad y de fácil aplicación por la población.

Plan de acción y participación popular

El conjunto de actividades que se organice contribuye no solo a la solución de problemas específicos y concretos de la comunidad, sino a mejorar también su calidad de vida en general.

El plan de acción tiene como objetivo solucionar los problemas de salud comunitaria, con recursos determinados y dentro de un plazo definido. Su formulación promueve la planeación participativa en una tarea que se apoya y, a su vez, fomenta la participación popular. Para esto resulta de vital importancia la organización local, como el Consejo Popular y la circunscripción.

Asimismo, esta intervención popular durante el proceso de elaboración del plan de acción refuerza el papel de la comunidad y la responsabilidad colectiva con su salud, al considerarla como producto social.

El plan de acción debe definir:

- ¿Qué se quiere alcanzar?
- ¿Cuáles acciones se van a realizar?
- ¿Cuántos recursos se necesitan?
- ¿En qué tiempo se cumplirán los plazos?

Por ello hay que tener en cuenta los elementos que lo componen.

El lograr un plan de acción eficaz, exige la selección de las actrices y los actores sociales, quienes deben tener claridad en cuanto a su función como representantes de la población, su sentido de pertenencia, y en hacer conciencia en el grupo que el liderazgo, protagonismo o ambos es de la comunidad en pleno.

De ningún modo debe utilizarse el plan de acción para un trabajo burocrático, sino como una herramienta valiosa para la acción.

Supervisión y evaluación

La supervisión es la continua revisión y verificación de las actividades para mejorar el plan de acción. El propósito es identificar y rectificar cuanto antes sus problemas, asegurarse que esté bien encaminado, revisar las prioridades y hacer los cambios necesarios con suficiente tiempo para que se produzcan los mejores resultados posibles.

¿Qué es lo que se consigue con la supervisión?:

- Conocer si la estrategia está funcionando de la forma planeada o no.
- Tomar medidas para asegurarse de que las actividades y la estrategia tendrán lugar de la forma planeada.
- Cambiar de plan, cuando lo que se está haciendo no es apropiado o está equivocado.
- Asegurar que las actividades sean consecuentes con la estrategia.
- Reorientar la estrategia si surgen nuevos obstáculos.
- Realizar una revisión continua de lo que se invierte y se obtiene del plan de acción.

La supervisión establece un circuito de retroinformación instantánea, y proporciona la información necesaria con suficiente tiempo de antelación para poder hacer cambios oportunos durante el proceso. La supervisión no es una revisión externa de la puesta

en práctica del plan, sino un instrumento que utilizan sus propios ejecutores para descubrir datos, situaciones y limitaciones no previstas, y hacer los cambios pertinentes.

El propósito de la evaluación es decidir hasta que punto el plan de acción ha sido efectivo. Su diseño establece un sistema para prever información que permita emitir juicios y tomar decisiones sobre los logros reales del plan comparados con el objetivo planteado.

En relación con la evaluación, resulta importante incorporar indicadores, que además de los tradicionales, consideren los postulados o principios de la educación popular en función del tema, tales como:

- Partir de la práctica.
- Respetar las subjetividades individuales y colectivas.
- Velar por el compromiso político-ético de quienes evalúan con las grandes masas.
- Establecer un enfoque de equidad de género, de edad y de derecho.
- Mantener el carácter participativo del proceso educativo.
- Buscar no solo resultados, sino hacer un énfasis especial en el proceso, en el cómo.
- Establecer una comunicación dialogada, libres, democrática, respetuosa, inquisitiva y problematizadora.
- Tener en cuenta la identidad cultural.
- Realizar un enfoque integrador, articulador de la diversidad.
- Desarrollar el proceso educativo, de construcción de saberes, de fortalecimiento de valores.
- Imprimir un clima afectivo de optimismo y alegría.
- Consolidar cualidades de honestidad, modestia, espíritu crítico, responsabilidad, humildad y solidaridad.
- Establecer un proceso continuo como parte de la acción transformadora.

Clasificación a asumir para los criterios evaluativos

Algunos textos no ofrecen la definición del concepto, pero siempre asumen una función para su división, así se encuentra que los indicadores se clasifican según:

- Las fases o pasos del proceso.
- La operación mental que exigen.
- Las dimensiones que los generan.
- Las personas que participan.
- Los resultados que se obtienen.
- La estructura organizativa.
- Otros.

Por ello se clasifican como:

Fases o pasos del proceso:

- Indicadores de éxito, los cuales valoran la factibilidad para el inicio del proceso.
- Indicadores de proceso, aprecian el desarrollo en las diferentes etapas del proyecto.
- Indicadores de impacto, evalúan los resultados finales del proyecto.

Operación mental que exigen:

- Indicadores tangibles, son los resultados que se pueden contar, medir y documentar en forma directa.
- Indicadores intangibles, son aquellos posibles de observar, inferir y verificar de manera confiable, aunque no se pueden medir directamente.

Dimensiones que los generan:

- Indicadores de estimación, tanto de opción como de valoración.

Personas que participan:

- Indicadores cuantitativos, que permiten la valoración en cantidades, por cientos, otros.
- Indicadores cualitativos, que refieren criterios y valoraciones, producto de la apreciación de las personas participantes.

Resultados que se obtienen:

- Indicadores directos, los cuales traducen el logro del objetivo específico en una relación de implicación lógica.
- Indicadores indirectos, que deben ser construidos y surgen de las formas en que se expresa la experiencia. La relación entre indicador y meta es de carácter probabilística y no de implicación lógica, por lo cual resulta conveniente incrementar el número de estos indicadores para cada meta.

Estructura organizativa:

- Producto: corto plazo.
- Efecto: mediano plazo.
- Impacto: largo plazo.

Otros:

- Estratégicos: proporcionan información relevante a metas del plan estratégico.
- No estratégicos: pruebas mensurables, verificables que certifican la presencia una variable.

Bibliografía

- Álvarez Sintés, R. (2005). *Salud Familiar. Manual del Promotor*. Editorial MSDS / IAES / Misión Sucre, Maracay, 2da. ed. 3ra. reimpresión.
- Borroto, R. y O. Trujillo (1998). *Manual. Programa de Comunicación en Salud*. Editorial Pueblo y Revolución La Habana, Cuba. pp. 3-73.
- Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana “Juan Marinello” (2004). La participación. Diálogo y debate en el contexto cubano. Editorial Linotipia Bolívar, La Habana, Cuba. pp. 41-50.
- Colectivo de Autores. (2003). *Manual de Capacitación Popular en Promoción y Educación para la Salud*. Editora Política, La Habana, Cuba. pp. 70-78.
- Colectivo de Investigación Educativa Graciela Bustillos (2003). Para evaluar nuestras prácticas. Criterios evaluativos desde la Educación Popular. San Antonio de los Baños y Bacuranao, Cuba. pp. 3-35.
- Dirección General de Promoción de la Salud, Bolivia (2008). Promoción de la Salud e Intersectorialidad. La Paz.
- Martínez, S. y H. Gómez de Haz (2001). Análisis de la situación de salud. En *Temas de Medicina General Integral*. (Álvarez Sintés, R., et al.), Editorial Ciencias Médicas, La Habana, volumen I, Salud y Medicina, pp. 281-6.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. (2006). Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana, Cuba.
- Pineault, R. y C. Daveluy (1987). La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias. OPS, Montreal. pp. 213-57.
- Villaseñor, S. (2002). “Investigación de impacto en proyectos de desarrollo”. Ed: IMDEC. México.

Capítulo 74



TÉCNICAS PARTICIPATIVAS EN EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

María del Carmen Amaro Cano

Las técnicas cualitativas de carácter participativo en la investigación científica en salud son necesarias para que el análisis de la situación de salud se convierta en un instrumento valioso para sustentar las estrategias sanitarias que debe desarrollar el personal de salud en la comunidad.

El método científico constituye la estrategia de la investigación, puesto que es la forma de enfocar la realidad y estudiar los fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, con el propósito de descubrir la esencia de dichos fenómenos y sus interrelaciones.

Por su parte, las técnicas de investigación constituyen la táctica, es decir, los procedimientos que se utilizan para recolectar, procesar o analizar los datos referentes al fenómeno que se pretende estudiar.

El método científico contiene pasos o etapas muy bien definidas:

- La observación (proceso mediante el cual se dirige o enfoca la atención hacia algunas cosas o fenómenos específicos de la realidad). Normalmente la observación se aplica cuando existe una situación problemática (incongruencia entre lo que existe y lo que se piensa o cree que debe existir) y dentro de esta llama la atención un aspecto en específico.
- Problema (brecha existente entre la realidad del momento en que se analiza la situación problemática, y la visión, aspiración, el ideal con que se sueña, es decir, lo que debe ser).
- Hipótesis (duda o cuestionamiento realizado frente al problema, o explicación a priori de sus posibles causales).
- Demostración (proceso mediante el cual se somete a prueba la hipótesis, a través de un experimento o investigación no experimental).

El estudio de investigación podrá ser clasificado de diferentes maneras, entre ellas está la clasificación según el análisis y alcance de los resultados.

En este sentido, los tipos de estudio pueden ser:

- Descriptivos (caracterización de la población estudiada, magnitud del problema, prevalencia, proporción y factores asociados).
- Analíticos (causa o factor de riesgo, el riesgo ante un fenómeno).
- Experimental (estudio de eficacia y efectividad de un medicamento, técnica quirúrgica) muy utilizado en las ciencias naturales y, especialmente, en las biomédicas.
- De intervención (investiga eficacia, eficiencia, efectividad de las acciones, efecto de nuevas modalidades educativas, administrativas y de prestación de servicios) es un tipo de estudio muy utilizado en las investigaciones de Sistema y Servicios de Salud).

En dependencia con el tipo de estudio que se realiza, es decir, según qué se investigue, se hará la selección de la técnica o procedimiento, el cómo se investiga.

Para los estudios descriptivos y experimentales, las técnicas cuantitativas son indispensables, aunque pueden combinarse con alguna técnica cualitativa; pero la cuantificación del fenómeno estudiado no puede dejar de hacerse.

Sin embargo, en los estudios analíticos y de intervención no pueden dejar de utilizarse las técnicas cualitativas, aunque se utilice también alguna técnica cuantitativa para favorecer el propio análisis cualitativo.

No será objeto de análisis en este trabajo la clasificación de las investigaciones en cuantitativas y cualitativas, según las técnicas que utilice, aunque podrá inferirse de gran parte del enfoque dado al tema. Sin embargo, es preciso llamar la atención, pues en la actualidad, la mayoría de las investigaciones, tanto las que estudian fenómenos de la naturaleza, como de la sociedad y el pensamiento, hacen uso de ambas metodologías, asignando el protagonismo a una u otra, según el objetivo general de la investigación.

¿Qué son las técnicas cualitativas?

Son técnicas especializadas que se utilizan para obtener respuestas a fondo de lo que las personas piensan acerca de un fenómeno determinado y cuáles son sus sentimientos con respecto al mismo.

Las técnicas cualitativas ayudan a explicar mejor los fenómenos estudiados, proporcionan profundidad de comprensión acerca de las respuestas de las personas acerca del objeto o sujeto de estudio de la investigación. En resumen, intentan responder al por qué, están dirigidas al descubrimiento.

¿Cómo podrían caracterizarse las técnicas cualitativas?

Como las técnicas que tratan los aspectos emocionales y contextuales de la respuesta humana, más que de comportamientos y actitudes objetivas y medibles. Son más de naturaleza interpretativa que descriptiva, por lo cual es normalmente realizada con grupos pequeños de personas que generalmente no son seleccionadas sobre la base de la probabilidad. En ningún caso se trata de extraer conclusiones firmes ni generaliza los resultados a la población en general.

Las técnicas cualitativas pueden:

- Ejecutarse y analizarse sin elaboración automática de datos.
- Contribuir a la modificación del proyecto de investigación durante su curso.
- Facilitar la interacción permanente con la muestra de población seleccionada y experimentar con ella.
- Realizarse sin el auxilio de computadoras u otras instalaciones técnicas y su uso es menos costoso que las técnicas cuantitativas.

Principales problemas del uso de las técnicas cualitativas

- El mayor de todos es su elección inadecuada, es decir, hacer uso de ella cuando sería mucho más apropiado utilizar una técnica cuantitativa.
- Analizar sus resultados como si fueran aportados por una técnica cuantitativa, es decir, arribar a conclusiones rápidas y definitivas.
- Son muy susceptibles a un sesgo subjetivo, tanto por parte del investigador como de los observadores, puesto que el análisis de sus resultados depende mucho de la pericia del investigador en su interpretación.
- El hecho de que las técnicas cualitativas pueden ser no estructuradas deja tan en libertad al investigador

que puede afectarle su disciplina e incluso permitir que deje a un lado importantes aspectos del estudio por falta de profundidad en los análisis.

Aplicaciones más frecuentes de las técnicas cualitativas

Tienen cuatro formas generales de uso:

- Como mecanismo generador de ideas:
 - Exploración preliminar para producir ideas y experiencias directas de la población sujeto de estudio.
 - Caracterización de la situación problemática que ha atraído la atención del investigador.
 - Identificación y jerarquización del problema.
 - Formulación de estrategias de intervención.
- Como ayuda en la ejecución de un estudio cuantitativo:
 - Piloto para estudio cuantitativo: exploración, hipótesis, desarrollo, lenguaje.
 - Identificación de necesidades de información de posibles segmentos de la población sujeto de estudio.
- Como ayuda en la evaluación de un estudio cuantitativo:
 - Explicar, comprender y esclarecer datos cuantitativos sobre comportamientos y actitudes.
 - Comprender tendencias en cambios de comportamiento o actitud.
- Como técnica principal de recopilación de datos en relación con un tema de investigación:
 - Identificación y definición de los problemas.
 - Ayudar a formular estrategias de comunicación, conceptos y tratamientos.
 - Vincular grupos de comportamiento sobre la base de casos individuales.
 - Obtener información a partir de pequeñas muestras selectas.

Ventajas de las técnicas cualitativas

La interacción que se produce cuando se trabaja en grupo ayuda a comprender el propio comportamiento de cada uno de los participantes, las necesidades y formas de comportamiento de los demás, el efecto del comportamiento de cada uno de los participantes sobre los demás y la necesidad de modificar el propio comportamiento en correspondencia con el sistema de valores del grupo.

El enfoque participativo tiene su basamento teórico en la necesidad de competencia entre los seres humanos para luchar por su propio perfeccionamiento, el

de su obra e incluso el de los demás; la posibilidad de ofrecer un juicio diferido sobre los problemas que se le plantean; la oportunidad de elaborar un plan lógico para realizar las acciones que den respuesta a los problemas que se enfrentan; analizar no solo el contenido, sino el propio proceso de la identificación y solución de los problemas; lograr el consenso entre los participantes en el análisis; crear un ambiente de comprensión y cooperación y potencializar la dinámica del grupo.

Todo trabajo en grupo tiene sus reglas y el enfoque participativo no es una excepción. Para que el trabajo en grupo sea realmente productivo el grupo debe:

- Ser pequeño (no más de 15 personas).
- No deben existir jerarquías.
- Las respuestas que se ofrezcan no deben ser prefabricadas.
- Tiene que favorecerse en todo momento la participación activa de todos los miembros del grupo.

Para ello, es preciso crear un clima de respeto mutuo a todas las ideas expresadas y solo guiarse por el consenso para arribar a conclusiones. Para el logro de estos objetivos se hace preciso bloquear las ideas dominantes y combinar diferentes técnicas en el desarrollo del trabajo, que debe hacerse por etapas.

Técnicas de grupo especializadas

Las técnicas cualitativas se han ido desarrollando para responder a las necesidades de la investigación. Entre otras pueden señalarse las siguientes:

- La técnica escalonada: las preguntas van de las características del problema a las características de los usuarios o los beneficios que esperan los usuarios. Tiene como objetivo descubrir niveles más profundos de beneficios y barreras.
- Preguntas sobre aspectos encubiertos: se concentra en los sentimientos de los participantes acerca de cuestiones sensitivas en sus vidas. Se ponen al descubierto cuestiones personales íntimas, convirtiéndolas en temas compartidos. Esta técnica requiere que los participantes elaboren escenarios del “mejor de los casos” y del “peor de los casos” sobre los temas en cuestión.
- Análisis simbólico: esta técnica exige que el investigador examine la forma en que los beneficiarios y/o consumidores perciben el lado opuesto del comportamiento o producto que se estudia. Ej.: ¿qué pasaría si los estudiantes de medicina no recibieran la asignatura Medicina General Integral en su currículum de estudios?

- Técnicas proyectivas: es un instrumento que obtiene respuestas de una forma muy indirecta. Han sido concebidas para superar la incapacidad o duda de las personas en expresar sus verdaderos intereses, opiniones o motivaciones en las respuestas a preguntas más directas. Pueden reducir el sesgo porque la persona interrogada no sabe exactamente qué pretende conocer el investigador. Dentro de estas técnicas las más utilizadas son las de percepción temática (se presentan estímulos visuales que ilustran una situación y se pide al participante que comente sobre la situación explicándola y diciendo qué ha podido pasar antes y qué va a pasar después), las dramatizaciones (se pide al participante que dé las opiniones y asuma actitudes de otras personas), los dibujos humorísticos (se pide al participante que escriba una leyenda de un dibujo humorístico o responda a lo que otro personaje de la tira cómica ha dicho) y las de asociación (se trata de asociación de palabras y redacción de frases en las que el participante da la primera palabra o frase que le viene a la mente en respuesta a las proporcionadas por el investigador).

Dinámica de grupos

El grupo es una unidad de inteligencia y acción, en él se produce el efecto sinérgico, es decir, el todo es mayor que la suma de las partes. Cada una de ellas tiene la libertad de ejercitar sus capacidades físicas e intelectuales, confrontarlas con las de los otros miembros del grupo, seleccionar las mejores, asumirlas como suyas, potencializarlas con sus propios aportes.

El grupo es también la síntesis de las fuerzas psicológicas que intervienen en el proceso del pensamiento y de la propia acción, de manera que la fuerza resultante está mucho más potenciada.

Objetivos fundamentales de las técnicas de dinámica de grupos

Las técnicas de dinámica de grupos están centradas en:

- Generar ideas.
- Estimular la creatividad.
- Alcanzar consenso.
- Organizar las ideas.
- Acumular en un breve período de tiempo un número grande de ideas.
- Reducir las opciones de solución hasta llegar a aquéllas que todos están dispuestos a aceptar.
- Organizar, estructurar y categorizar las ideas hasta lograr un producto elaborado.

Dentro de las técnicas más conocidas y más sencillas se encuentran:

- La tormenta de ideas.
- Los grupos nominales.
- Phillips'66.
- Ishikawa o de espina de pescado.
- Ranqueo.
- Matriz DAFO.
- Entrevistas a fondo o en profundidad (abiertas o semiestructuradas).
- Grupos focales.

En cuanto a las entrevistas a fondo o en profundidad, es preciso destacar que ella ha sido utilizada desde tiempos inmemoriales por el médico, como parte de la anamnesis.

Cada una de las técnicas de dinámica de grupo mencionadas tiene sus ventajas y desventajas, no obstante cualquiera de ellas puede resultar útil si el moderador las domina y dirige correctamente su desarrollo, previa explicación al grupo acerca de sus objetivos y las reglas establecidas para su realización.

La tormenta de ideas, los grupos nominales y la Phillip's 66 resultan más adecuadas para la identificación de problemas entre personas conocedoras del tema.

Por su parte, la entrevista en profundidad y el grupo focal son apropiadas en los casos en que el coordinador, facilitador o moderador está obligado a explorar la opinión de personas o grupos de personas acerca de un tema en el que esas personas o grupos están involucrados; aunque, en no pocos casos, desconocen ellos mismos o disponen de poca información y se hace necesario extraer conclusiones de las intervenciones de los participantes, o se necesita orientar el análisis hacia algunos aspectos específicos.

Por su parte, la técnica de Ishikawa o de espina de pescado es más útil cuando, además de identificar los problemas, se pretende analizar las causas, internas y externas, y los factores que intervienen en ellas.

En tanto que las técnicas de ranqueo y de Hanlon son más apropiadas para la priorización de los problemas.

Para el análisis de la factibilidad de soluciones a los problemas identificados, a partir de la identificación de las fuerzas actuantes, tanto positivas como negativas, internas y externas, la técnica más útil es la matriz DAFO.

Descripción de las técnicas participativas más utilizadas

Técnicas de aproximación a los problemas

Observación. La observación es un método, y al propio tiempo una técnica de investigación. Se trata justamente de un procedimiento mediante el cual el investigador observa detalladamente los cambios producidos en el fenómeno a estudiar, en un tiempo y espacio previamente determinado, sin hacer nada para modificar o controlar dichos cambios. Si el investigador forma parte, al propio tiempo, del grupo de trabajo o de la situación real que se pretende observar, entonces se dice que es una observación participante.

La observación puede dirigirse hacia el actuar de personas o grupos de personas y hacia las diferentes etapas de un proceso. En correspondencia con los objetivos que persigue la investigación, se elaborará una guía de observación.

Esta es una técnica muy utilizada en los estudios observacionales propiamente dichos y en los estudios descriptivos. Como toda técnica cualitativa, va dirigida no solo al conocimiento de si se actúa o no frente a una situación dada, o si se cumple o no una etapa del proceso observado, sino la forma en que se actúa, o se cumple o no determinada etapa de un proceso.

Como toda técnica cualitativa, junto a las enormes ventajas que tiene, debe enfrentarse también desventajas tales como el posible sesgo subjetivo del investigador o la extrema libertad en que este se encuentra, resulta imprescindible preparar previamente una estudiada guía de observación que reduzca al mínimo las posibles desventajas de la técnica.

En medicina esta es una técnica muy utilizada por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud; sin embargo, muy pocos se han detenido a pensar previamente en lo que se quiere realmente observar y por qué. De ahí que muchas veces en las historias clínicas se encuentre una gran cantidad de observaciones, no pocas de ellas inútiles, mientras que están ausentes las más importantes en relación con el fenómeno que se está estudiando.

Un buen ejemplo de una guía de observación bien pensada previamente para lograr información necesaria y útil para el proceso que se estudia es la que se confecciona con el interés de observar cómo se manifiesta determinado factor de riesgo en algún grupo específico de población.

En ese orden de idea, por ejemplo: el investigador quiere saber si sería útil o no estudiar cómo se manifiesta el mal hábito de fumar en la salud de los profesionales sanitarios de la APS, y cómo repercute en la conducta de la población que atienden. Para ello el investigador prepara una guía de observación para aplicarla en un policlínico y precisar el posible interés del estudio con una población mayor:

- ¿Qué profesionales fuman? (médicos, enfermeras, psicólogos).
- Cuantificar los cigarrillos que fuma cada uno de ellos en un turno de 8 h de labor.
- Identificar quiénes han fumado más en el turno.
- ¿Cuántos, entre los más fumadores, tienen manifestaciones de obstrucción respiratoria?
- ¿Cuántos de los más fumadores están por debajo del peso correspondiente a su estatura?
- ¿Cuántos, entre los más fumadores, dejan de ingerir alimentos en su turno de labor?
- ¿Cuántos, de los más fumadores, se quejan de cansancio al caminar?
- ¿Fuman los profesionales delante de las personas, familias y población que atienden?

Esta observación inicial, que ha constituido una aproximación al problema, podría orientar al investigador sobre la necesidad de hacer una investigación acerca del tema. En ella podrían utilizarse, junto a técnicas cuantitativas, algunas técnicas cualitativas, tales como la observación misma y la entrevista en profundidad, entre otras.

Entrevistas a fondo o en profundidad. La entrevista en profundidad, o entrevista a fondo –como también se le llama– es, ante todo, un diálogo que se desarrolla según algunos parámetros:

- Cierta acuerdo o convención entre ambos participantes (encuadre).
- Cierta previsión por parte del investigador acerca de las condiciones que deben cumplirse para que la entrevista sea válida metodológicamente.
- Cierta diseño previo que incluye marco, objetivos y límites de la utilización de este instrumento metodológico.

Las entrevistas individuales a fondo constituyen una técnica especialmente apropiada cuando se trata de:

- Un tema complejo y un público bien informado. Ej.: Una encuesta con médicos y enfermeras de la familia sobre sus actitudes y prácticas relacionadas con la educación sexual de los jóvenes.

- Un tema muy delicado. Ej. Estudio entre mujeres que han tenido un aborto, en relación con lo que piensan acerca del aborto mismo, el uso de los contraceptivos y la planificación familiar.
- Un grupo geográficamente disperso. Ej. Estudio entre médicos y enfermeras intensivistas de todo el país para caracterizar sus reacciones ante los nuevos criterios de muerte humana.
- Presión de los homólogos. Ej. Estudio entre los familiares de los pacientes oncológicos en estadio terminal para obtener sus reacciones ante una conducta tan controvertida como la información al paciente acerca de su enfermedad.

La eficacia de esta técnica depende mucho de la actitud del entrevistador. Resulta esencial que este pueda:

- Recibir las informaciones con el mayor grado de exactitud posible: deberá evitar hacer la entrevista si está cansado o irritado, o estar prejuiciado con las respuestas.
- Recordar exactamente la información. (Debe evitarse perder lo esencial, por lo cual solo se deberá hacer las anotaciones correspondientes a las cuestiones fundamentales que trate el entrevistado.
- Evaluar críticamente la información: el entrevistador debe centrar su evaluación de la información obtenida en los aspectos esenciales.
- Actuar sobre la información a medida que la recibe para regular el proceso de entrevista: el entrevistador debe tener siempre presente los objetivos de la entrevista, de modo tal que, si es necesario, pueda perfeccionar la guía de una entrevista a otra y, con ello, hacer que responda mejor a los objetivos generales de la investigación).

La entrevista en profundidad puede estar centrada en un tema o ser autobiográfica. Este tipo de técnica se basa en una conversación cara a cara y de carácter personal.

Lo que distingue a una entrevista en profundidad de cualquier otro tipo de entrevista, es que en ella no se obliga al entrevistado a responder una serie rigurosa de preguntas preestablecidas, formales o estructuradas. Más bien se alienta al entrevistado a que canalice, por medio del proceso, todos sus sentimientos, criterios, ideas, conductas y valoraciones.

El investigador debe estar muy atento a la conducta extraverbal, las miradas, los silencios, las repeticiones, las omisiones. El entrevistador tiene que brindar en todo momento seguridad y debe ser un paradigma en las muestras de respeto al otro y control de sus propias emociones.

Grupos focales. La técnica de grupos focales es una técnica cualitativa, de participación grupal, que permite un acercamiento al problema, no solo desde el prisma del conocimiento, sino también de los sentimientos que mueven a las personas a adoptar determinadas acciones o emitir ciertos juicios de valor.

Los grupos focales se utilizan mucho más que las entrevistas individuales en profundidad o a fondo, fundamentalmente por:

- La interacción en grupo: la interacción entre las personas genera respuestas más ricas en profundidad y matices y, por tanto, permite el aporte de ideas originales.
- La observación: el investigador puede observar el debate y obtener un conocimiento directo de los comportamientos, actitudes, lenguajes y percepciones del grupo.
- El costo y el calendario: en general son menos costosas y requieren menos tiempo.

Cuando se organiza la aplicación de la técnica de grupos focales es preciso determinar:

- El número de grupos requeridos.
- La composición de cada grupo (características).
- Duración de la sesión de trabajo del grupo.
- Dimensión del grupo (número).
- Marco espacial en el que trabajará el grupo.
- La asignación de asientos del grupo.

Para determinar cuántos grupos se necesita se deberá recopilar cierta información previa o generar ciertas hipótesis acerca del tema en estudio. La organización de los grupos tendrá en cuenta lo siguiente:

- Organizar al menos dos grupos para cada variable considerada como pertinente para el tema tratado. Por ej. Organizar dos grupos entre cada segmento importante de la población sujeta a estudio: pacientes y familiares, si se considera que dichos segmentos son sustancialmente diferentes en actitudes o comportamientos en relación con el tema tratado, ejemplo: la necesidad de información acerca de su real situación de salud.
- Organizar grupos suficientes para alternar el orden de los materiales de comunicación presentados en el grupo. Por ejemplo, cuando se están presentando al grupo, nuevos conceptos, es preciso organizar grupos suficientes para que pueda alternarse el orden de los materiales utilizados como estímulo del debate.
- Organizar grupos hasta que la información obtenida deje de ser nueva. Se hace hasta que el resultado

concuere de forma general con los resultados preliminares. Si dos grupos, al tratar el mismo tema, producen resultados totalmente diferentes sería necesario explorar la diferencia con grupos adicionales, a fin de que los resultados de la investigación sean comprensibles y utilizables.

- Organizar grupos en cada región geográfica en la que se considere que existe una diferencia importante. Estas diferencias podrían ser importantes cuando el problema estudiado fuera susceptible de influencia por el clima, condiciones del agua, costumbres, condiciones sociales, culturales, económicas, etc.

La determinación de la composición del grupo focal deberá atenerse al principio general de que los grupos sean homogéneos y para ello deberán considerarse las variables siguientes:

- Procedencia social: es aconsejable realizar sesiones con grupos de similar procedencia social para evitar que los más ilustrados supriman la participación de los demás.
- Ciclo temporal: la presencia de los más experimentados en el grupo pudiera inhibir la participación de los noveles.
- Usuarios/no usuarios: estos dos grupos tendrían criterios diferentes acerca de la calidad de la atención en los servicios de urgencia; por lo que, si lo que se pretende es producir el contraste entre ambas opiniones, podrían ser incluidas ambas categorías en un mismo grupo. Generalmente, el trabajo en grupos separados produce mayores ventajas, entre ellas el favorecer una mejor dinámica de grupo.
- Nivel de experiencia: las diferencias del nivel de conocimientos o experiencia puede afectar grandemente sus respuestas, además de provocar inhibiciones entre los menos experimentados.
- Edad/estado civil: según la cuestión que se investigue, los participantes con edades o estado civil sustancialmente diferentes no deberían incluirse en el mismo grupo.
- Diferencias culturales: los participantes de culturas muy diferentes no debieran coincidir en el mismo grupo, pues estas diferencias generalmente surten efectos en las actitudes y comportamientos frente a los temas que se analizan.
- Hombres/mujeres: con excepción de los temas sexuales, en el que los estereotipos podrían interferir en la libertad de expresión de ambos grupos, en el resto de los casos es aconsejable que ambos estén incluidos en el mismo grupo.

La sesión no deberá exceder las dos horas. Si resulta imprescindible se podría organizar otra sesión.

En cuanto a la determinación de la dimensión del grupo focal, tradicionalmente se ha aceptado de ocho a diez participantes, pero actualmente existe la tendencia a grupos más pequeños, de cinco a siete participantes, ya que disponen de más tiempo para expresarse, el moderador puede dar más libertad a los participantes, se evita la frustración de los que no podrían expresarse si fuera un grupo mayor, o de aquellos que se verían obligados a grandes discursos por temor a no poder intervenir de nuevo. También se evita la tendencia de discutir entre sí, mal hábito que se produce en grupos grandes.

La determinación del marco espacial para el trabajo del grupo, es decir, los locales donde sesionará el grupo, deberá respetar los criterios siguientes:

- Que permitan un ambiente privado, es decir, fuera de la observación de personas ajenas al grupo.
- Con buena acústica, sin ruidos, en el que todos puedan escucharse sin necesidad de elevar el tono de la voz.
- Cómodo, es decir, ventilado, con buena iluminación, con asientos confortables.
- Ambientes neutros, es decir, no demasiados protocolares que pudieran inhibir las respuestas de los participantes o animarlos a responder de forma “socialmente deseable”.
- De fácil acceso para los participantes.

Si es posible, sería conveniente seleccionar un ambiente en el que pueda hallarse presente un observador sin perturbar al grupo. En los lugares donde no existan salas con estas instalaciones especiales, puede ser utilizado un local con otro adyacente entre los cuales puede mediar una puerta abierta.

Por último, la determinación de la asignación de los asientos para los participantes deberá facilitar, cualquiera que sea la que se adopte, la participación e interacción de los integrantes del grupo. Se sugiere la organización de los asientos en forma de semicírculo.

Elaboración de la guía de temas

La guía de temas o lista de aspectos que ha de tratar el grupo focal, obliga al investigador a organizar sus pensamientos en correspondencia con los objetivos de la investigación.

La guía de temas variará en correspondencia con el estilo de estructuración del grupo focal:

- Si se trata de un grupo no estructurado, se utiliza una pregunta abierta relacionada con el problema de investigación.

- Si es un grupo semiestructurado o estructurado, pueden redactarse preguntas específicas; pero generalmente es mejor esbozar las áreas de preguntas o cuestiones que se quieren tratar y luego, incluir preguntas indagadoras bajo cada una de las cuestiones clave.

Como regla general, la guía de temas no debería abarcar demasiadas cuestiones. El tener demasiadas cuestiones diferentes está indicando que la investigación no se concentró suficientemente, o quizás, que necesite otra técnica de investigación. Tal es el caso de preguntas tales como: ¿cuántos?, ¿con qué frecuencia?, que se corresponden más con técnicas cuantitativas que cualitativas, como es esta.

La secuencia de los temas en la guía debe ir de lo general a lo específico, puesto que de esta forma el orden de los temas se hace más natural y permite que los elementos esenciales aparezcan naturalmente.

Técnicas de debate en grupos focales

Muchas técnicas de debate con grupos focales han evolucionado en correspondencia con diferentes métodos utilizados en la moderación, diferencias funcionales del grupo, diferencias estructurales y la variedad de mecanismos que se han formulado para responder a necesidades específicas en materia de información.

En el método de moderación se destacan dos aspectos principales:

La técnica de interrogatorio, que puede ser:

- Directiva: utiliza preguntas dirigidas y limita muy específicamente la gama de respuestas. Solo se utiliza cuando el objetivo del grupo está definido muy estrechamente.
- No directiva: utiliza preguntas abiertas y libres de sesgo pues permite a los participantes expresar sus sentimientos verdaderos, reduce al mínimo la influencia del moderador y ayuda a eliminar confusión posterior en separar los hechos reales de la ficción sobre lo que se dijo en el grupo.

El estilo de: grupo focal, que puede ser:

- Estructurado (se trabaja a partir de una guía de temas preparada que comprende las cuestiones a tratar y las áreas específicas para indagación, lo cual facilita la comparación entre las respuestas de una serie de grupos).
- Semiestructurado: la guía de temas no cuenta con áreas específicas.
- No estructurados: se plantea una sola pregunta o tema, correspondiente al propio problema de investigación y el grupo mismo va determinando las nuevas áreas a tratar).

Desde el punto de vista de su funcionamiento, los grupos focales se dividen en tres grandes categorías:

- De exploración: el fin de este grupo es generar ideas o estimular un alto nivel de reflexión profunda sobre determinados temas. El moderador es activo, anima a los participantes a desarrollar sus ideas.
- Clínicos: el fin es descubrir las motivaciones psicológicas y sociológicas para las actitudes y el comportamiento.
- Fenomenológicos: el fin es proporcionar al investigador un vínculo directo con la población sujeto de estudio, a medida que los participantes describen detalladamente y en su propio lenguaje sus comportamientos en la vida real y al nivel de la toma de decisiones.

Características esenciales de la moderación en los grupos focales

Los estilos de moderación pueden ir desde el caso en que se facilita el debate en grupo, a través de un clima de amistad e interés por lo que los participantes dicen, hasta el caso en que se adopta una conducta provocadora con las preguntas que se realizan.

En cualquiera de los casos que se utilice, es importante recordar que el moderador no es maestro, ni juez; pero no tiene por qué ser condescendiente ni expresar acuerdo o desacuerdo con lo que se dice y mucho menos poner palabras en la boca de los participantes. Por otra parte, el grupo focal no es un texto y por lo tanto no hay respuestas correctas ni incorrectas, no tiene como fin informar ni persuadir.

En la introducción del trabajo con el grupo focal, el moderador debe evidenciar su estado de relajación, hablar en forma amistosa y hacer algunos comentarios informales en la medida en que los participantes acceden a sus asientos. Luego, se presenta a sí mismo –de manera sencilla– y a continuación explica el objetivo general que persigue la aplicación de esta técnica con el grupo, con lo que se reduce la ansiedad de los participantes y se eliminan los malos entendidos.

Se estimula la libertad de expresión de opiniones divergentes, al explicar que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que cada quien puede expresar sentimientos diferentes de los que expresan los demás; se aclara la neutralidad del moderador, se explica que las respuestas no le afectan en ningún sentido y por último se pide a los participantes que pidan la palabra, hable uno a la vez y eviten interrumpirse ni expresar que “estoy de acuerdo o en desacuerdo con lo que dijo X”, pues todos los presentes están en plena capacidad

de apreciar si una intervención coincide o no con otra, sin que tenga que expresarse en alta voz el acuerdo o desacuerdo. Finalmente, se solicita a todos que se vayan presentando –tal y como hizo al principio el moderador– con lo cual se da inicio a la primera etapa.

1era. etapa: la preparación. Se puede utilizar una pregunta con cierta proximidad al tema que se va a tratar y que pueda ser respondida brevemente. Esto constituirá la fase de calentamiento o etapa de preparación, en la cual se transforma al grupo de personas en un equipo de interacción. En esta etapa el moderador solo actúa para obtener mayor claridad y comprensión de las respuestas, antes de pasar a la etapa siguiente.

2da. etapa: contenido del debate a fondo y concentrado. Aquí se va pasando progresivamente de materias generales a una discusión cada vez más específica de las cuestiones que han de tratarse. Se pasa del debate de los hechos (¿Por qué considera necesaria o no la asignatura Medicina General Integral en el curriculum del médico?) al debate de las actitudes, sentimientos y creencias (¿Qué le inspira la asignatura? ¿Qué le gusta de ella? ¿Qué le disgusta? ¿Por qué? ¿Por qué la cree necesaria o innecesaria?).

En esta fase el moderador debe sondear en profundidad y para ello debe escuchar atentamente lo que dice cada participante, utilizar la técnica de repetición, es decir, repetir lo que dijo el participante o repetir las palabras del participante como una pregunta. Por ejemplo, si el participante dice que “la asignatura de Medicina General Integral no es interesante”, el moderador podría preguntar ¿no es interesante?

También puede hacerse sondeos con palabras clave, tales como en el caso en que se dice que se repite cosas de otras asignaturas, entonces conviene preguntar, ¿En qué aspectos se repiten?, o, ¿Cómo sabe que se repiten? Otro proceder es el de utilizar la técnica de la tercera persona: “Usted parece tener una opinión muy arraigada sobre esta cuestión, ¿Qué le parece si vemos qué piensan otros?”

El moderador, en esta etapa, debe demostrar flexibilidad al tratar cuestiones pertinentes para el tema aunque no aparezcan en la guía temática. Por otra parte, debe animar a los participantes a hablar entre ellos y no solo responderle a él, fomentar el sincero desacuerdo, disuadir a los miembros dominantes para que no perturben la sesión, estar dispuesto a improvisar si algo no funciona.

3era. etapa: la clausura. Consiste en resumir y recapitular los temas que identifican al grupo. Aquí podría ser conveniente abrir un debate sobre el valor de las actitudes expresadas (la subvaloración de la atención

primaria de salud) o el grado en que un sentimiento expresado se halla presente en los miembros del grupo (subestimación de las asignaturas sociomédicas). También podría ser apropiado indicar las diferencias fundamentales que han ocurrido entre los miembros del grupo (“algunos de ustedes expresaron la opinión de... y otros expresaron la opinión opuesta”) y esclarecer estas distinciones.

El objetivo de esta etapa es ayudar a todos, investigador y participantes, a comprender lo que ha sucedido en esa sesión de trabajo. Ello permite a los participantes esclarecer o modificar sus posturas y añadir cualquier otra idea que puedan tener sobre el tema. Aquí el moderador somete a prueba sus conclusiones para comprobar si son apropiadas y exactas.

Algunos problemas que pueden ocurrir en los grupos focales para los cuales debe estar preparado el moderador

Sesión en grupo conforme a la mayoría. Se expresan de acuerdo con lo que ha dicho la mayoría.

Estrategia:

- Subrayar la libertad de los participantes para dar otro punto de vista.
- Pedir a los participantes que emitan su respuesta anónima por escrito y luego intercambiar los papeles.

Sesión aburrida. Falta de entusiasmo y participación. Puede deberse a varios factores: haber sido compulsionados a participar, considerar intimidante o poco interesante la cuestión o porque el moderador no esté dando el ambiente de flexibilidad, libertad o por el contrario darlo excesivamente, o el tono del moderador ser o demasiado formal o artificial. Estrategia:

- Animar a los participantes utilizando técnicas proyectivas, o confrontando opiniones de los participantes. En algunos casos sería necesario tomar un breve descanso para recomenzar, utilizando otro punto de partida.

Problemas especiales de los participantes. Pueden darse diferentes casos, tales como:

- El participante dominador: inicia las conversaciones, defiende su postura, busca influencia entre otros.
- El tímido: no piensa que sus opiniones son valederas, duda en hablar.
- El experto: aun cuando no esté tratando de dirigir el grupo, otros se remiten a él y suprimen sus propias opiniones.
- El hablador: habla sin descanso, aparentemente sin objetivo ni finalidad.

- El que se aparta del tema: hace comentarios no relacionados con el tema.
- El incompleto: proporciona respuestas parciales o no respuestas, tales como “no sé”, “dudo mucho que esto sea así”.
- El confuso: parece confundido o abrumado por el grupo y lo expresa verbal o extra verbalmente.
- El demasiado positivo: quiere agradar al moderador.
- El negativo: se muestra negativo en todas sus respuestas como si la dinámica grupal le sirviera para hacer catarsis de sus frustraciones.
- El hostil: ataca al moderador.
- El perturbador: puede llegar a declarar que las respuestas de otros miembros son incorrectas o que las preguntas del moderador son tontas.
- El interrogador: el que pide al moderador que dé su opinión y exprese sus sentimientos.

Estrategia:

- Con los casos de participantes dominadores, expertos, habladores, que se apartan del tema, negativos, hostiles y perturbadores, el moderador tiene que actuar con estilo más directivo.
- En cuanto a los tímidos, incompletos, demasiado positivos, el moderador tiene que reafirmarles su plena libertad y condición de iguales a los restantes del grupo.

Elaboración del informe del grupo focal

- Antecedentes de la investigación.
- Los objetivos específicos de la utilización de la técnica.
- Fundamentación del diseño seleccionado (dentro de la técnica del grupo focal).
- Al realizar el análisis de contenido relacionado con el debate en grupo, se realizará el filtrado, según la guía temática, se resumen cada una de las posturas diferentes y se evalúan los puntos fuertes de cada una, o el grado en que cada postura fue suscrita por los miembros del grupo. Extraer frases al pie de la letra que representen óptimamente cada postura.
- Síntesis del debate, identificar los “elementos constantes” en cada área temática –según el análisis de contenido realizado– ampliar y esclarecer esas “constantes” tomando como base otros resultados, es decir, interpretándolos. Identificar las diferencias y divergencias en cada área temática. Hacer una síntesis de todos los temas o patrones advertidos en el seno del grupo dentro de la materia tratada (por ejemplo, las respuestas análogas pueden estar relacionadas con factores demográficos, históricos, culturales, entre otros, de los participantes).

A modo de resumen, es preciso enfatizar que resulta conveniente utilizar esta técnica cuando:

- La interacción entre los participantes puede fomentar respuestas más interesantes o nuevas, o ideas originales.
- La presión de los homólogos/grupo será valiosa para promover sus reflexiones y dilucidar opiniones contrarias.
- La materia no es tan delicada que los participantes podrían dar respuestas neutras o no proporcionar cierta información.
- La naturaleza del tema es tal que la mayoría de los participantes pueden decir todo lo que es relevante o todo lo que conocen, en menos de diez minutos.
- El volumen del material de estímulo no es extenso.

Por último, es preciso tener en cuenta que, al tratar de realizar un verdadero análisis conceptual del resultado de la aplicación de la técnica de grupos focales, el investigador debe prestar especial atención a:

- Lo que no se dijo, porque con frecuencia es tan importante como lo que se dijo.
- Quién dijo algo, qué dijo y cómo lo dijo, y no pocas veces, cuándo lo dijo, pues todos estos elementos son importantes cuando se establece la correcta correlación.
- La cantidad de lo que se dijo acerca del tema.
- El orden en que se dijeron las cosas es a menudo la clave para comprender la cuestión.
- La forma en que se dijeron las cosas, también resulta importante, en no pocas ocasiones.

Todo lo anterior permite una mejor orientación para la correcta selección de la estrategia de intervención adecuada y su aplicación en el momento oportuno.

Técnicas para identificar problemas

“Brainstorming” o tormenta de cerebro o de ideas. Esta es la técnica participativa más fácil y de mayor uso puesto que, además de constituir una técnica en sí misma, sirve como primer paso de muchas otras técnicas participativas. Es una técnica que está centrada en la generación de ideas y que tiene como objetivo acumular en un breve tiempo la mayor cantidad de ideas.

La principal regla es que todos tienen igual derecho de participación, porque no se reconocen niveles jerárquicos; en segundo lugar, todas las ideas son válidas; tercero, nadie tiene que explicar o argumentar sus ideas; cuarto, nadie tiene derecho a discrepar de ninguna de las ideas expuestas.

Como se expresó anteriormente, aunque hasta ahora se planteaba que el grupo no debía tener más de 10-15 personas, en los últimos tiempos se ha insistido en la conveniencia de no sobrepasar la cifra de 7-10, de manera que haya tiempo suficiente para que todos y cada uno de los participantes puedan expresar libremente sus ideas.

Las ideas no deben repetirse, aunque quizás existan algunas que al final puedan unirse por su similitud e incluso, en algunos casos, pueda eliminarse una de ellas del listado final.

El ejercicio total no deberá exceder los 45 min, ya que está científicamente probado que a partir de ese tiempo la creatividad disminuye. A continuación se describe la técnica.

1era. etapa de esclarecimiento. Se explicarán los objetivos de la técnica y de las reglas de su desarrollo. El facilitador deberá explicar que todos pueden expresar sus ideas sin temor a que sean evaluadas por los demás, asimismo tampoco deberán evaluar las ideas de los otros. Insistir en que de lo que se trata es de tratar de perfeccionar las ideas de los otros y para ello hay que estar atento a lo que los otros dicen. El objetivo de la técnica es producir la mayor cantidad de ideas sobre el tema sugerido. Advertir que las intervenciones deben ser muy breves (emplear no más de 5 min).

2da. etapa de calentamiento. El facilitador o moderador lanza una pregunta acerca de un tema que resulte próximo al que realmente se quiera tratar en la técnica y solicita que, en orden de izquierda a derecha –o a la inversa– los participantes comiencen expresando, con una palabra, su opinión sobre el tema. Ejemplo: Si el verdadero tema a tratar es la opinión que tienen acerca de la calidad de la atención médica en el policlínico X, la primera pregunta podría ser: ¿Cómo ustedes calificarían la calidad de la atención médica en el policlínico?... El facilitador o moderador hará una ronda completa con esa pregunta. Si observa que las respuestas fluyen fácilmente, puede concluir esta etapa; pero si aprecia que las últimas opiniones son un poco rebuscadas, puede pasar a una segunda pregunta, a partir del consenso de opinión sobre la primera: ¿A qué creen ustedes que ello se deba?..... Ya en esta respuesta podrá aparecer una frase corta, no tan solo una palabra. Al finalizar la ronda, advertirá a los participantes que ya que están entrenados en la modalidad de la técnica, pasarán a debatir el tema que les ocupa (esta etapa debe durar entre 10 y 15 min).

3era. etapa de preparación. Del propio grupo se seleccionará un registrador o relator, quien deberá escribir en una pizarra o papelógrafo, las ideas que

vayan expresando los participantes, tal cual las hayan expresado.

4ta. etapa de generación de ideas. El facilitador o moderador, quien estará encargado de mantener el orden en el uso de la palabra y lograr que se cumplan las reglas establecidas para este tipo de técnica participativa (se sugiere que estén visibles, o se recuerden cuando alguien las olvide), lanzará la pregunta y comenzará la primera ronda. Realizará tantas como sean necesarias. Ello dependerá de la rapidez con que los participantes respondan, lo cual evidenciará la cantidad de opiniones existentes acerca del tema. Una vez que se agote el tema se pasará a la depuración de las ideas expresadas.

5ta. etapa de selección de las ideas comunes. El facilitador o moderador, con la ayuda del registrador o relator, irá revisando las ideas escritas en la pizarra o papelógrafo, tachará las ideas repetidas, eliminará las inservibles y unirá en una sola idea aquellas que así lo requieran, perfeccionando los planteamientos dudosos.

6ta. etapa de identificación de problemas. Con la resultante del trabajo de depuración anterior, se tratará de expresar claramente cada una de las ideas emitidas (se escribirán nuevamente, quizás mejorando la redacción o adecuando la palabra que mejor exprese el sentido y se someterá cada una de ellas a la aprobación del grupo), de manera que queden bien explícitos los problemas identificados.

Grupos nominales. La técnica de grupos nominales está centrada en la generación de ideas. Es una técnica participativa tan fácil y de tanto uso como la “tormenta de ideas”, puesto que, al igual que esta última, sirve para acumular en un breve tiempo la mayor cantidad de ideas. Se recomienda su uso para identificar las variables críticas de un problema o situación específica y para establecer prioridades, es decir, para destacar los aspectos más importantes del tema objeto de estudio. Las reglas son exactamente las mismas en ambas técnicas.

Igualmente en este caso, aunque, en general, hasta hace muy poco se admitían hasta grupos de 10-15 personas, en los últimos tiempos se ha insistido en la conveniencia de no sobrepasar la cifra de 7-10 personas.

Se describe la técnica a continuación:

1ra. etapa de esclarecimiento. Se explicarán los objetivos de la técnica y de las reglas de su desarrollo.

2da. etapa de calentamiento. El facilitador lanza una pregunta acerca de un tema que resulte próximo al que realmente se quiera tratar en la técnica y solicita que los participantes escriban individualmente

sus ideas, expresando con una breve frase su opinión sobre el tema. El facilitador esperará 2 min para dar tiempo a que los participantes escriban sus ideas. Una vez transcurrido ese tiempo, solicitará de uno de los participantes que actúe como registrador y escriba en la pizarra las ideas que propongan los miembros del grupo. El facilitador alertará a los participantes sobre la conveniencia de evitar la repetición de ideas ya expresadas anteriormente, para ganar tiempo en la aplicación de la técnica. Inmediatamente el facilitador hará una ronda completa de modo que cada uno de los participantes expresen en alta voz la primera idea que han escrito. A continuación, con la ayuda del registrador, se hará la depuración de las ideas repetidas o similares. Pasará de inmediato a la segunda ronda, repitiendo el proceso de depuración. Una vez finalizado este, advertirá a los participantes que ya que están entrenados en la modalidad de la técnica, pasarán a debatir el tema que les ocupa (este proceso deberá durar entre 10-15 min).

3era. etapa de preparación. Del propio grupo se seleccionará un registrador o relator, quien deberá escribir en una pizarra o papelógrafo, las ideas que vayan expresando los participantes, tal cual las hayan expresado.

4ta. etapa de generación de ideas. El facilitador lanzará la pregunta y solicitará a los participantes que reflexionen durante 5 min acerca del tema en cuestión. Una vez que se agote el tiempo establecido (5 min) se solicitará a los miembros del grupo que escriban todas las ideas que tienen acerca del tema, aclarándoles que para ello tendrán 10 min.

5ta. etapa de registro de ideas. El facilitador solicitará del relator que vaya escribiendo las ideas que van diciendo los participantes (en cada ronda los participantes podrán expresar solo una de las ideas que tienen escrita en su papel y se harán tantas rondas como sean necesarias, de acuerdo con la cantidad de ideas expresadas por los participantes).

6ta. etapa de esclarecimiento de las ideas. Los participantes tienen la posibilidad de intervenir en una oportunidad cada uno para argumentar y explicar las ideas generadas, lo cual no podrá ser discutido o cuestionado por otro miembro del grupo. El objetivo de esta etapa es lograr que todos comprendan bien las ideas expuestas para poder pronunciarse más tarde sobre ello (este proceso no debe durar más de 10 min).

7ma. etapa de selección de las ideas comunes. El facilitador, con la ayuda del relator, irá revisando las ideas escritas en la pizarra o papelógrafo, cada vez que termine una ronda, tachando las ideas repetidas, uniendo en una sola idea aquellas que puedan expresarse unidas.

8va. etapa de votación. Con la resultante del trabajo de depuración anterior, cada participante seleccionará un número determinado de ideas, las que considere más importantes (5 o 6). El registrador irá marcando con una cruz (X) el voto de cada uno de los participantes sobre cada una de las ideas seleccionadas. Al final se hará la tabulación y se determinarán las prioridades entre los problemas identificados.

Este método garantiza la participación de todos y la evaluación de las mejores ideas.

Phillips'66. Esta técnica es otra de las tantas técnicas participativas que se usan para aprovechar las ventajas de una dinámica grupal, en la que las personas integrantes de una comunidad puedan identificar sus necesidades o problemas y se sientan desde ese momento responsables y partícipes en la toma de decisiones, para organizar y llevar a cabo actividades de interés común en beneficio del colectivo. Es una técnica de fácil realización que consiste en el debate, en pequeños grupos de seis personas, sobre un tema sugerido por el moderador.

Descripción de la técnica:

- En cada subgrupo se seleccionará un coordinador que hará las preguntas y un secretario, que hará las anotaciones de las opiniones expresadas en frases breves.
- El moderador medirá el tiempo establecido para el desarrollo de la técnica (6 min a partir del momento en que los seis coordinadores y seis secretarios estén listos para comenzar la actividad).
- Una vez terminado el tiempo, el moderador solicitará que se elija, entre todos los secretarios, un relator general del grupo, quien deberá ir anotando en la pizarra o papelógrafo, las ideas expresadas por cada uno de los subgrupos.
- A continuación, el moderador solicitará de cada uno de los secretarios que den lectura, en alta voz y despacio, cada una de las ideas expresadas por su subgrupo, mientras que el relator las va escribiendo en la pizarra o papelógrafo ordenadamente.
- Cuando todos los subgrupos hayan aportado sus ideas, se hace un breve receso.
- El grupo se reúne nuevamente, durante 6 min, para elaborar una nueva idea, basada en el consenso alcanzado.

Técnicas para identificación y análisis causal de los problemas

Técnica de Ishikawa o “espina de pescado”. Esta es una de las técnicas participativas que se utilizan para identificar problemas y sus causas, internas o externas. Es una técnica de fácil manejo para el moderador del grupo en cuestión. En esta técnica participativa, como

en otras tantas, se recomienda que el grupo no exceda de 7-10 personas, a los efectos de lograr la verdadera calidad del debate de las ideas.

El nombre de la técnica proviene de un gerente administrativo de origen japonés, especialista en marketing. El sobrenombre está dado por el hecho de que el diagrama que utiliza es el esqueleto de un pescado, uno de los primeros alimentos de la isla asiática.

La descripción de la técnica se hace a continuación.

1ero. El moderador explica el tema que quiere debatir con el grupo y, seguidamente, ofrece las reglas, que son las mismas que para todo trabajo grupal: todos tienen derecho a participar, todas las ideas son válidas y nadie tiene que discrepar de otro. Hay una sola regla que no se cumple en este caso, es decir, que los participantes en esta técnica sí pueden argumentar o explicar su propuesta.

2do. El moderador deberá hacer el gráfico del esqueleto del pescado en la pizarra o papelógrafo destinado a recoger la información del debate grupal.

3ro. En el gráfico del esqueleto de pescado se han utilizado diferentes asignaciones a la cabeza, la cola y las espinas superiores e inferiores. Toda vez que este diagrama se utiliza, fundamentalmente, para identificar la causa de un fenómeno o problema que provoca un efecto negativo, especificando cuáles causas son externas y cuáles internas, lo importante es que todos estos aspectos aparezcan señalados en el esqueleto, en cualquiera de los modelos utilizados.

4to. En el esqueleto que se utilizará en este ejemplo, simbolizado por una flecha horizontal de izquierda a derecha, este último extremo se identifica con la cabeza del pescado y en ella se escribe el problema que se ha identificado. En el extremo opuesto, o sea, el izquierdo, donde estaría la cola del pescado, se escribirá el efecto negativo que provoca el problema identificado. Las espinas superiores estarán dedicadas a anotar las causas externas del problema que provoca ese efecto negativo. En las espinas inferiores se anotarán las causas internas del problema. En los espacios entre las espinas se anotarán los principales factores que se consideran más relacionados con el problema (Fig. 74.1).

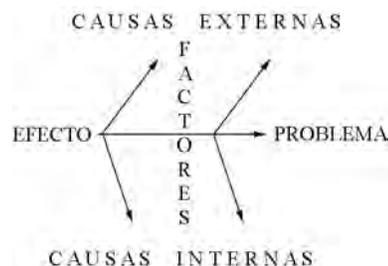


Fig. 74.1. Técnica de Ishikawa o “espina de pescado”.

Técnicas para priorización de problemas

Método de Hanlon. La técnica conocida como “método de Hanlon” es realmente una técnica o instrumento que resulta de utilidad para la priorización de problemas sobre los que exista buena disponibilidad de información estadística sobre su prevalencia, los recursos materiales y financieros necesarios y disponibles, opiniones de todos los actores involucrados, etc.

Esta técnica se basa en cuatro componentes esenciales:

- Componente A: magnitud del problema.
- Componente B: severidad del problema.
- Componente C: resolutivez del problema.
- Componente D: factibilidad de la intervención.

La técnica se describe a continuación.

1ero. Se propicia el acuerdo del grupo sobre la importancia relativa que se le va a dar a cada elemento, con el propósito de disminuir el sesgo de la subjetividad de cada integrante:

- Magnitud del problema (componente A): número de pobladores afectados por el problema, con relación a la población total. (Hanlon propone una escala adecuada a la población que se analiza. Ej: 50 000 o más = 10; 5 000 a 49 999 = 8; 500 a 4 999 = 6; 50 a 499 = 4; 5 a 49 = 2; 1,5 a 4,9 = 0).
- Severidad (componente B): deben considerarse las tasas de mortalidad, morbilidad, letalidad, invalidez, que presente la enfermedad o problema de salud, respaldados por información estadística que se obtenga al efecto (cada uno de estos aspectos se valora de 0 a 10, correspondiendo esta última puntuación al problema más severo).
- Resolutivez del problema (componente C): se debe dar respuesta a la pregunta, ¿Puede este problema resolverse con los medios y conocimientos de que se dispone? (El autor de la técnica propone que se otorguen puntuaciones de acuerdo con la siguiente escala: De 0,5 = problemas difíciles de solucionar a 1,5 = problemas con soluciones factibles).
- Factibilidad de la intervención (componente D): se deben tomar en cuenta un grupo de factores que se representan por la sigla “PEARL”, donde, P = pertinencia; E = factibilidad económica; A = aceptabilidad; R = recursos disponibles y L = legalidad. (El autor propone evaluar por una serie dicotómica: “Sí” o “No”, donde Sí = 1 y No = 0).

La priorización de los problemas se obtiene por los resultados del cálculo de la forma siguiente:

$$\text{Puntuación de prioridad} = (A + B) \times C \times D$$

Técnica de ranqueo. Esta es una técnica participativa que se utiliza para priorizar problemas previamente identificados. Toda vez que los problemas que se hayan identificado pueden ser muchos y no es posible emprender la solución de todos al mismo tiempo, resulta imprescindible priorizarlos para ir dándoles la solución por el orden que se haya establecido y que puede obedecer a diferentes criterios:

- Los más vulnerables, de los posibles a solucionar en ese nivel.
- Los coherentes con la misión de los planificadores (sanitaristas y población).
- Los que sean de más fácil solución, dados los recursos existentes.
- Los que afecten a la mayor cantidad de usuarios.
- Los que sean de mayor gravedad.
- Los más frecuentes.
- Los de tendencia ascendente.

Uno de los primeros pasos es determinar el orden jerárquico de este propio criterio de priorización y, a partir de ahí, establecer la escala de medición. Se pueden utilizar todos estos criterios o seleccionar solo algunos de ellos. En cualquier caso, se establecerá un valor entre 2 y 0 para cada uno de los problemas seleccionados. El valor 2 se le otorga a: alta frecuencia, alta gravedad, alta repercusión en la población, alta afectación en los recursos disponibles, tendencia ascendente, alta vulnerabilidad, etc. El valor 1 se le otorgará a cada uno de los criterios que se cumplan en parte; y 0 para los que no se cumplan.

La descripción de la técnica se realiza a continuación.

1ero. Se puede utilizar un grupo nominal integrado por diferentes actores sociales, a los que se les solicita que procedan a otorgarle el valor a cada criterio con relación a cada uno de los problemas identificados.

2do. El moderador o facilitador del grupo sumará los valores que dé cada uno de los integrantes del grupo nominal a cada uno de los criterios seleccionados.

3ero. El moderador o facilitador, ayudado por el registrador, escribe en el gráfico de la matriz de priorización de problemas dibujado en la pizarra la puntuación promedio para cada criterio en cada problema.

4to. Cuando concluye esta operación con todos los criterios y todos los problemas, se suman los valores obtenidos por cada criterio, para obtener la puntuación que corresponde a cada problema.

5to. Los problemas se ubican comenzando por el de mayor puntuación y terminando por el que posee la menor y así quedan organizados por orden de prioridad.

Problemas A B C D E F Total

- (A) = Tendencia
- (B) = Frecuencia
- (C) = Gravedad
- (D) = Disponibilidad de recursos
- (E) Vulnerabilidad
- (F) Coherencia con la misión del que planifica

Técnicas de análisis de posibles soluciones a los problemas

Técnica de matriz DAFO. La aplicación de la técnica de matriz DAFO (también conocida como DOFA, FODA o FADO) resulta de gran utilidad antes de proceder a determinar las actividades, acciones y subacciones que integrarán el Proyecto de Intervención para dar solución a los problemas identificados. Esta técnica consiste en el análisis de las fuerzas actuantes dentro y fuera del sector y que tienen influencia en el logro de la visión que los planificadores se proponen alcanzar.

Este instrumento o técnica investigativa se basa en el trabajo grupal y está dirigida al análisis de campos de fuerza, sistematizando la búsqueda de alternativas de solución a los problemas identificados, lo que permite considerar todas las variantes de combinación de las fuerzas, tanto externas como internas, a la hora de diseñar el Proyecto de Intervención.

Definición operacional de las variables utilizadas:

- Fortaleza: condición existente en el interior del sistema que planifica, que favorece el logro de los objetivos trazados.
- Debilidad: condición existente en el interior del sistema que planifica que, de no controlarse, puede actuar oponiéndose al logro de los objetivos trazados.
- Oportunidad: condición existente en el contexto donde se desarrolla el sistema que planifica y que, de utilizarse, puede favorecer el logro de los objetivos trazados.
- Amenaza: condición existente en el contexto donde se desarrolla el sistema que planifica y que, de no enfrentarse, puede actuar oponiéndose al logro de los objetivos trazados.

Alternativas de solución:

- Alternativa “FO”: aprovecha a la vez las fuerzas positivas del sistema (fortalezas) y del medio (oportunidades).
- Alternativa “FA”: aprovecha las fuerzas positivas del sistema (fortalezas) para neutralizar las fuerzas negativas del medio (amenazas).
- Alternativa “DO”: trata de neutralizar las fuerzas negativas del sistema (debilidades) aprovechando las fuerzas favorables del medio (oportunidades).
- Alternativa “DA”: trata, con una acción determinada, de neutralizar las fuerzas negativas que actúan tanto dentro como fuera del sistema.
- Alternativa “DOFA”: alternativa de solución a un problema determinado donde se combinan más de dos fuerzas, positivas o negativas, internas o externas.

La descripción de la técnica se realiza a continuación.

1ero. Lluvia o tormenta de ideas para la determinación de las fuerzas actuantes: un grupo de 7-10 personas que tengan conocimiento de las características, tanto del interior del sistema donde se produce el problema, como del contexto donde el sistema se desarrolla. Se selecciona un facilitador y un registrador. Se comienzan a lanzar las ideas sobre las fuerzas actuantes, tanto dentro como fuera del sistema, positivas y negativas; pero sin clasificarlas aún.

2do. Clasificación de las fuerzas determinadas a través de la lluvia de ideas: se procede a clasificar las ideas en internas y externas. Terminado ese paso, se determina cuáles son positivas y cuáles son negativas. De esta forma se obtienen los cuatro grupos de fuerzas: debilidades, oportunidades, fortalezas, amenazas (DOFA).

3ero. Selección de alternativas de solución: una vez clasificadas las fuerzas actuantes, por el mismo procedimiento de la tormenta de ideas, se proponen y seleccionan las posibles variantes de solución.

4to. Una vez construido el modelo y seleccionadas las alternativas de solución que tengan en consideración las fuerzas actuantes, se diseñan, a partir de esas propias alternativas de solución, tareas concretas que den salida a los objetivos propuestos para el proceso de intervención.

Las tareas deberán dar respuesta a las preguntas siguientes:

- ¿Qué se hará?
- ¿Quién lo hará?
- ¿Cuándo se hará?
- ¿Con qué recursos?

- ¿Cómo se controlará?,
- ¿Cómo se evaluarán los resultados?,
- ¿Con qué indicadores?,
- ¿Qué se espera obtener con cada acción?

5to. El Proyecto de Intervención deberá tener bien definidos los aspectos siguientes:

- Título.
- Objetivo general y específicos.
- Resultados esperados.
- Actividades.
- Recursos.
- Contingencias.
- Cronograma.
- Ejecutantes.
- Responsables.

Técnica antiéxito. Esta técnica tiene como objetivo enfrentar la posible solución a un problema por una vía poco usual, formulándola en términos de fracaso. Ejemplo: ante la dificultad de atraer a una población femenina específica (del CMEF X) para realizarse la prueba citológica, se plantea ¿Cómo hacer que fracase la pesquisa del cáncer cérvico-uterino en ese consultorio?

Esta manera de formular la posible solución promueve la búsqueda de elementos que contradicen el sentido común y, generalmente, contribuyen eficazmente al éxito en la solución del problema planteado.

De esta forma se enfoca el problema desde un prisma diferente y enriquece la experiencia del investigador en la forma de enfrentar la realidad.

El desarrollo de la técnica se explica a continuación.

Se inicia con la aplicación de la tormenta de ideas, con lo que se debe obtener un grupo de ideas que serán evaluadas posteriormente en el propio colectivo. Utilizando el mismo ejemplo planteado al inicio, algunas de las ideas podrían ser:

- Desestimular al médico general básico sobre el trabajo de la APS.
- No estimular la superación profesional de la enfermera, especialmente en los temas relacionados con la APS.
- Descuidar la ubicación de instrumental y material estéril necesario para la obtención de muestras para la citología vaginal.
- No realizar actividades de divulgación, entre la población femenina del CMEF, acerca de las ventajas de la prueba citológica.
- Enfocar el cumplimiento de la realización de la prueba citológica como una meta sin contenido científico.

De las ideas obtenidas, se eliminan aquellas que tengan muy poca probabilidad de ocurrencia, seleccionando las que ocurren con mayor frecuencia.

A la hora de evaluar las ideas seleccionadas, se propone cumplir con los siguientes pasos:

- Trabajar con cada una de las ideas seleccionadas y proyectar un plan de acción dirigido a resolver los problemas implícitos en cada una de ellas, para evitar que la actividad fracase. Ejemplo, con la primera idea:
 - Estimular al médico general básico a participar en las actividades científicas de la atención secundaria (hospitales ginecobstétricos) en las que se analice la incidencia de cáncer cérvico uterino, grados y consecuencias y los años de vida potencialmente perdidos que pudieron ser evitados con una acción efectiva en la APS.
 - Estimular al médico general básico a participar en una investigación científica dirigida a explorar las razones por las cuales muchas mujeres cubanas, a pesar de su nivel de instrucción y de educación sanitaria sobre el tema, no sienten la necesidad de ser incluidas en el programa de control del cáncer cérvico uterino.
- Utilizar alguna otra técnica creativa: OPV (otros puntos de vista) y PNI (positivo, negativo e interesante), preferentemente para la búsqueda de solución de problemas. Estas técnicas permiten considerar las ideas desde diferentes enfoques y emitir juicios de valor sobre las mismas. Permiten, además, comprender y aceptar el punto de vista de otras personas, ampliando la percepción de un problema, tomando conciencia de que el enfoque de un asunto por diferentes personas puede ser distinto al nuestro e igualmente válido.
- Aplicar la técnica de “campo de fuerzas”, consistente en el balance de las fuerzas facilitadoras para vencer esos problemas y las fuerzas resistentes que los condicionan.
- Al final de la aplicación de la técnica se obtiene un grupo de alternativas de solución para cada uno de los problemas identificados, de manera que se facilita la elaboración del plan de acción correspondiente.

Técnicas de opinión de expertos

Grupo Delphi. La técnica Delphi es una técnica cualitativa que permite obtener la opinión de varios expertos. Las opiniones son absolutamente individuales y el Coordinador o moderador de la técnica debe guardar la confidencialidad acerca de las opiniones

emitidas por los expertos. La información que produce permite la interacción entre los participantes. Se recibe y remite, una vez procesada, a través del correo, a todos los integrantes del grupo para que emitan nuevamente los criterios, hasta lograr el consenso.

Participantes: se forman varios grupos de expertos, en correspondencia con el tema del cual se trate. Por ejemplo, si se quiere conocer la opinión acerca de la calidad de la atención sanitaria, podrían formarse grupos de médicos especialistas en medicina familiar, salubristas, enfermeras especializadas en atención primaria o salud pública, psicólogos, sociólogos, farmacéuticos, internistas, ginecobstetras, pediatras, gerontólogos, etc.

Objetivo del estudio: identificar si los profesionales sanitarios tienen adecuado nivel de competencia y desempeño.

Desarrollo de la técnica:

- Formulación de las preguntas:
 - ¿Qué conocimientos de Atención Primaria de Salud considera usted imprescindibles para los profesionales sanitarios que laboran en ese nivel de atención?
 - ¿Qué habilidades en la Atención Primaria de Salud considera usted que deban tener los profesionales de la salud que laboran en ese nivel de atención?
 - ¿Cómo considera usted que deberían ser evaluados esos conocimientos y habilidades?
- Envío del primer cuestionario: se remitirán las preguntas, junto a la carta de presentación del estudio, solicitando la respuesta en texto libre (se utilizará el correo normal y el correo electrónico). Se contactará previamente por teléfono a los interesados para advertirles de la llegada del cuestionario.
- Análisis de los resultados del primer cuestionario: se agruparán las respuestas en opciones similares. Con los resultados de estas agrupaciones se elaborará el segundo cuestionario.
- Envío del segundo cuestionario: se preguntará sobre el grado de acuerdo con cada contenido y habilidad identificados, pidiéndose la priorización de los 10 imprescindibles para ser evaluados y, además, las propuestas de formas de evaluación.
- Análisis de los resultados del segundo cuestionario: se revisarán las respuestas contando los votos y calculando el porcentaje de acuerdo con los diferentes contenidos, habilidades y formas de evaluación.
- Envío del tercer cuestionario: se elaborará una tabla con la media de puntuación obtenida a través de los resultados extraídos de la priorización, incluyéndose también los comentarios realizados por los expertos a cada una de las preguntas del cuestionario.

- Análisis de los resultados del tercer cuestionario e informe final: se obtendrá la media de puntuación de cada conocimiento o habilidad. Los resultados serán remitidos a los participantes en el grupo Delphi, una vez finalizado el trabajo del mismo.
- Elaboración del sistema de evaluación de la competencia y el desempeño: se confeccionará la guía para evaluar la competencia y el desempeño de los profesionales de la salud que laboran en la APS y se publicará la fecha y lugar en que se realizará el ejercicio de evaluación, así como los nombres de los integrantes del tribunal evaluador.

Esta técnica permite no solo identificar las necesidades o problemas relacionados con el tema en cuestión sino que proporciona la posibilidad inmediata de aplicar la acción correspondiente para la solución de los problemas identificados.

Algunas consideraciones éticas imprescindibles

No es posible concluir este tema, dedicado a las técnicas de la investigación cualitativa, sin hacer mención de algunos aspectos éticos que es imprescindible tener en cuenta en toda investigación que se realiza, en la que participen sujetos humanos.

Especialmente la metodología cualitativa se aplica siempre con sujetos humanos, de manera que sus técnicas e instrumentos, están obligados a cumplir con los requisitos éticos correspondientes.

Para tratar esta temática es preciso dejar esclarecidos algunos aspectos conceptuales:

- Cuando se expresa “aspectos éticos de la investigación con sujetos humanos” se está haciendo alusión a la fundamentación teórica de los principios que rigen la investigación en la que participan sujetos humanos.
- Como la ética es la ciencia que estudia la conducta moral de los hombres en sociedad, las normas que rigen la investigación con sujetos humanos, está referida, en particular, a la conducta del investigador con los sujetos con quienes está interactuando en el proceso, a partir del pleno reconocimiento y aceptación de los principios que sirven de guía a esas normas que se han establecido para regular la conducta de los investigadores.
- Si los principios sirven de guía para establecer las normas de conducta moral, entonces esos principios tienen que estar fundamentados. Y, efectivamente, están fundamentados en los valores éticos sociales

y profesionales consensuados en un tiempo determinado en la sociedad a la que pertenecen las personas (en este caso, investigadores y sujetos participantes en la investigación), aunque existen valores que se han consensuado al nivel universal y algunos de ellos han trascendido en el tiempo.

- Si los valores son constructos sociales, surgidos en el propio proceso de producción, reproducción y distribución de los bienes materiales y espirituales, que engendra necesidades, también materiales y espirituales, y unas se hacen más significativas que otras, convirtiéndose en aspiraciones e ideales, entonces no es posible hablar de valores “positivos” y “negativos”. De manera que todos los valores tienen signo positivo y lo que se les opone son los antivalores.
- Si se acepta que los valores son constructos sociales, entonces ellos no pueden “transmitirse”, ni “sembrarse”, sino que tienen que ser construidos en el diálogo, mediante la reflexión y el debate, sin imposiciones, sino convenciendo para que puedan asumirse responsablemente en el consenso.
- Si se acepta como el valor fundamental al ser humano, entonces un principio ético insoslayable es el respeto a su dignidad (dignidad es el derecho a ser respetado) y, en ese caso, en toda investigación en la que participen sujetos humanos, tal como ocurre en las investigaciones cualitativas, donde se emplean las técnicas que se han tratado en este tema, es obligatorio el respeto a la dignidad de esas personas, que se evidencia, ante todo, en la propia expresión de “investigación con sujetos humanos” y no investigación “en” o “sobre” sujetos humanos, puesto que ello expresa que se les trata como objetos y no como sujetos.
- Respetar la dignidad de los sujetos participantes en una investigación científica implica:
 - Explicarle a los participantes qué es lo que se pretende investigar.
 - ¿Por qué se investiga? Es decir, ¿cuál es el problema que se ha encontrado en la práctica social, para el cual la ciencia constituida no ha encontrado todavía respuesta?
 - ¿Para qué se investiga? O lo que es igual, ¿qué problema se pretende solucionar con esta investigación?
 - Y, muy especialmente, ¿Cómo se va a investigar? Es decir, qué método, técnicas e instrumentos serán utilizados y cómo participarán las personas en su uso.
 - Pero, sobre todo, informarles de las ventajas o beneficios que tendrá para cada uno de los participantes,

sus familias y comunidad a la que pertenecen y/o su país y la humanidad y, de manera clara y comprensible los posibles riesgos y los medios y recursos existentes para controlarlos y enfrentarlos si se producen, con la correspondiente indemnización material.

- Asegurarles a todos los participantes la confidencialidad de los datos aportados y la salvaguarda de su identidad.
- Y, por último, explicarles que solo se aplicarán las técnicas de investigación con las personas que consientan voluntariamente en participar. Se debe añadir que están en pleno derecho de abandonar la investigación, en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que su negativa influya de manera alguna en la atención de salud que deben recibir.

Consideraciones finales

La aplicación de técnicas cualitativas, como táctica para el logro de la estrategia explicitada en el método científico, emanó de diferentes disciplinas: la crítica literaria, las ciencias sociales y la psicología, especialmente el psicoanálisis.

La interpretación y síntesis de ideas y conceptos forman parte de la crítica histórica y literaria, en tanto que el análisis cualitativo, que requiere perspicacia e inspiración, proviene de las ciencias sociales, y las técnicas de entrevistas surgieron del psicoanálisis.

De modo que, una disciplina sociomédica como “Medicina General Integral” está obligadamente vinculada al uso de las técnicas cualitativas de investigación. De ahí que el dominio de las técnicas principales sea un requisito indispensable entre especialistas y docentes de la materia.

Mientras que las técnicas cuantitativas están dirigidas a explorar, describir y cuantificar: nivel de frecuencia (¿cuántos?, ¿con qué frecuencia?), las acciones, pruebas, mediciones del nivel de..., y con ello tratan de obtener pruebas, ser objetivas, definitivas y descriptivas, las técnicas cualitativas buscan explicación y profundidad de comprensión (¿por qué?), exploran las motivaciones, son técnicas subjetivas, van al descubrimiento para poder explicar y adquirir una mejor comprensión de..., en resumen, están dirigidas a interpretar un hecho o fenómeno, todo lo cual permite una mejor orientación para la correcta selección de la estrategia de intervención adecuada y su aplicación en el momento oportuno.

Bibliografía

- Alonso, M. (2003). La investigación cualitativa. Características, métodos y técnicas fundamentales. Maestría en Ciencias de la Comunicación. Universidad de La Habana.
- Amaro Cano M.C. (2006). Reflexiones éticas sobre la investigación científica en biomedicina desde el prisma de la universidad médica. *Revista Cubana Investigaciones Biomédicas*. La Habana, 25(1)
- Amaro Cano, M.C. (2005). Las técnicas cualitativas de carácter participativo en la investigación científica. Editado en CD-ROM. Maestría de Salud Pública. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.
- Amaro Cano, M.C. (2001). Aspectos históricos y éticos de la publicación científica”, en: *Rev. Cub. de Enfermería*. Vol. No. La Habana, sept-dic.
- Anguera, M.T. (1885). *Metodología de la observación en las ciencias humanas*. Madrid.
- Artiles Visbal, L. (2009). *Metodología de la investigación para las ciencias de la salud*. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana.
- Assman, G. y Stollberg, R. (1986). *Principios de Sociología Marxista-Leninista*. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana.
- Bacallao, J; Alerm, A. y Artiles, L. (2002). Texto básico de la investigación educacional. Material didáctico de la Maestría de Educación Médica. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
- Blalock, H. M. (1980). Construcción de teorías en ciencias sociales: de las formulaciones verbales a las matemáticas. Editorial Trillas. México.
- Cartwright, D. P. (1978). “Análisis del material cualitativo”, en: L. Festinger y D. Katz (Eds) Los métodos de investigación en las ciencias sociales. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Colectivo de Autores. Gerencia y Salud (1997). Centro Nacional de Perfeccionamiento de la Escuela Nacional de Salud Pública. Folleto. La Habana.
- Colectivo de Autores (1975). *Metodología del conocimiento científico*. Academia de Ciencias de Cuba y de la URSS. Editora de Ciencias Sociales. La Habana.
- Colectivo de Autores (s/f) *Metodología de la Investigación Social*. Facultad de Filosofía e Historia. Universidad de La Habana, sin fecha.
- Colectivo de Autores (1998). *Los métodos participativos: ¿una nueva concepción de la enseñanza?* CEPES. U.H. La Habana.
- Colectivo de autores (2003). *Metodología de la investigación educativa: desafíos y polémicas actuales*. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Compilación de Autores Soviéticos (1976). Metodología de la investigación histórica. Dpto. de Historia de Cuba. Facultad de Humanidades. Universidad de La Habana.
- Delbecq, A; Van de Ven, A y Gustafson, D. (1975). Group tecniches for program planning a guide to nominal group and Delphi. Scott Foresman. Chicago.
- Debus, Mary and Porter/Novelli. (1994) Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. Health Communication for Child survival. Office of Health and Office of Education. Bureau for Science and Technology. Agency for International Development. HPP/HPS.
- Dirección Nac. Estadísticas (1976) Introducción a las estadísticas y métodos de la investigación. MINSAP. La Habana.
- Fernández Caballero, Emilio (1993). La dirección estratégica en la APS. Facultad Salud Pública. La Habana.
- Fdez. P, R; Rodgz. Á., M. y Torres H., M. (1996). *La comunicación, una herramienta imprescindible en el trabajo diario*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana.
- Garza Mercado, A. (1976). *Manual de técnicas de investigación*. El Colegio de México. México.
- Goode, W. J. y Hatt, P. K. (1975). Métodos de investigación social. Trillas. México.
- Ilizástigui Dupuy, F. (2000) El método clínico: muerte y resurrección. *Rev. Cub. de Educación Médica*. 14(2):109-27 La Habana.
- Kerlinguer, F. N. (1975). Investigación del comportamiento: técnicas y metodologías. Nueva Editorial Interamericana. México.
- Kish, L. (1972). Muestreo de encuestas. Trillas. México.
- Levin, J. (1979). Fundamentos de estadística en la investigación social. Harper & Row Latinoamericana. México.
- Lickert, R. (1976). “Una técnica para medir actitudes”, en: Summers, G. F. (Comp) Medición de actitudes. Editorial Trillas. México.
- Lolas, F.; Quezada, A. y Rodríguez, E. (editores) (2006). Investigación en salud. Dimensión ética. CIEB, Universidad de Chile.
- Machado Bermúdez, Ricardo J. (1988). Cómo se forma un investigador. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana.
- MacMahon, B; Pugh, T. And Pisen, J. (1960). Epidemiologic methods. Boston, Toronto: Little, Brown & Co.
- MINED (1991). Métodos de la investigación pedagógica. Conferencias para Institutos Pedagógicos de la URSS, autorizada su publicación en Cuba, como material didáctico. La Habana.
- Nájera, E. y otros (1990). Epidemiología y problemas de salud. Facultad Salud Pública. La Habana.
- Ochoa Soto, R.; Castanedo Rojas, I., y Cobas Selva, M. (1997). *Promoción de Salud*. Compilaciones. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. Editorial Pueblo y Educación. La Habana.
- OPS (1995). Boletín epidemiológico. Vol. 16 No. 1. Marzo.
- OPS (1992). Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación Científica No. 534.
- Pardiñas, F. (1969). Metodología y técnicas de investigación en las ciencias sociales. Siglo XXI. México.
- Pick de Weiss, S. y López Velazco, A. L. (1998). Cómo investigar en ciencias sociales. Trillas. México.
- Polit, Denise (1991). Investigación científica en ciencias de la salud. Interamericana Mc Graw. Hill. México.
- Redondo Botella, L. Compiladora (1986). Lecturas sobre métodos y técnicas de la investigación social. Universidad de La Habana. La Habana.
- Ribes, Emilio (1993). “La práctica de la investigación científica y la noción de juego del lenguaje”, en: Acta Comportamental, Vol. 1, Núm. 1, pp. 63-82.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (2004). *Metodología de la Investigación cualitativa*. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Rojas Soriano, R. (1981). Guía para realizar investigaciones sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 6ª Edición.
- Schwartzman, S. (1977). Técnicas avanzadas en ciencias sociales. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M. y Cook, S. W. (1976). Métodos de investigación en las relaciones sociales. Editorial RIALP. Madrid, 8ª ed.
- Shanon y Weaver (1973) The Mathematical Theory of Communication.
- Silva Ayçaguer, Luis Carlos (1991). “La formulación de problemas de investigación en salud”, en: *Rev. Cub. Cardiología y Cirugía Cardiovascular*. 5(1) 64-71 enero-junio.
- Sjoberg, G. y Nett, R. (1980) Metodología de la investigación social. Editorial Trillas. México.

Capítulo 75



TRABAJO COMUNITARIO INTEGRADO

Rafael Borroto Chao

En los Objetivos de trabajo del Partido Comunista de Cuba, aprobados por la Primera Conferencia Nacional en el 2012 se plantea:

“Objetivo No. 46. Incentivar la participación real y efectiva de la población en la toma de decisiones y en la ejecución de proyectos que estimulen la iniciativa y rindan frutos concretos para el desarrollo local, en aras de mejorar la calidad de vida”.

Ya en el capítulo 70 se estudió el término comunidad y se evidencia que la comunidad, como espacio físico ambiental, geográficamente delimitado, donde tiene lugar un sistema de interacciones sociopolíticas y económicas promotoras de un conjunto de relaciones interpersonales basadas en las necesidades, es el contexto ideal para desarrollar el trabajo comunitario integrado.

Escenario estratégico

El Estado, durante todo el proceso de la sociedad socialista, tiene que cumplir con la importante tarea de propiciar la participación cada vez más amplia de los trabajadores y las trabajadoras, y de modo progresivo de toda la sociedad, en las tareas que le son inherentes.

En el caso cubano, la comunidad tiene un peso importante como escenario de la participación popular. Participación entendida, en su sentido más integral, no solo como respuesta a la movilización convocada por niveles superiores, sino como intervención activa en todo el proceso social, desde:

- La identificación de problemas y necesidades.
- La consecuente definición y formulación de políticas.
- La ejecución.
- El control del desarrollo de la actividad relacionado con dichas políticas.

Actividad económica

Es el elemento central de la vida comunitaria, sobre todo en su proyección más vinculada a lo cotidiano.

Pero junto a la actividad económica y como parte esencial de la vida en comunidad, están las necesidades sociales, tales como la salud, la educación, la cultura, el deporte, la educación física y la recreación. Todas ellas integran una unidad y exigen un esfuerzo de cooperación.

La importancia de la comunidad se plantea como una cuestión estratégica en el desarrollo socialista. La gestión comunitaria y la cooperación social entre las diversas escalas y niveles constituyen una necesidad medular que define al propio sistema socialista y lo diferencia de otros regímenes.

Es importante la atención al trabajo comunitario, sobre todo como acción de alcance estratégico. En ella un peso fundamental debe recaer en la labor del Estado, en su función especial como vehículo de participación en la conducción del desarrollo social, que aglutine a los diferentes actores y actrices para la ampliación gradual de la base popular de este proceso, condición necesaria para un movimiento estable y progresivo de avance hacia el gobierno local.

Lugar y papel de las comunidades en Cuba

Es importante la atención al trabajo comunitario porque:

- Resulta oportuna e imprescindible.
- Es un factor estratégico.
- Constituye un determinante para el desarrollo social.
- Es un elemento táctico principal y decisivo en la propia continuidad del proceso socialista, es decir de los destinos de la nación cubana.

La década de los noventa del pasado siglo XX, marcó significativos cambios en los ámbitos económicos y políticos y a escala mundial. Ello ha repercutido sobre todo, en la necesidad de reordenar las estructuras y los nexos económicos que hasta el momento habían actuado como factores del desarrollo del país. Necesidad que ha de ser satisfecha no solo sin afectar la esencia de nuestro Proyecto Socialista, sino también para ayudar de manera más efectiva al conocimiento de las formas organizativas y aspiraciones socialistas, que se expresan en el ideal de la República resumida en esta frase de nuestro Apóstol José Martí, “Con todos y para el bien de todos”.

La coyuntura se produjo precisamente cuando Cuba se encontraba inmersa en un Proceso de Rectificación, una de cuyas vertientes fundamentales estaba conformada a partir de la necesidad de fortalecer el sistema político, profundizando y ampliando la democracia socialista, así como mediante el incremento de la participación real de las masas en la vida nacional.

La crisis económica de esta etapa se produce en medio de un proceso de cambios, que de por sí representaban una ruptura con el estatus anterior, resultando un factor que complicó en grado sumo el desarrollo de la sociedad cubana.

En septiembre de 1995, y con motivo de celebrarse una reunión con los presidentes de las asambleas municipales de todo el país, el general de división Ulises Rosales del Toro expresó entre otras cuestiones:

“El incremento del significado de la comunidad a partir del doble proceso de crecimiento y transformación cualitativa de la masa trabajadora, a la vez que crece la masa marginada del proceso productivo material o de servicio del Estado”.

Señaló, además, que “estimados sujetos a precisión indican que el país tiene: 1,4 millones de amas de casa, 1,2 millones de jubilados, 5 de estudiantes hasta secundaria, 0,5 de desocupados y 0,2 de trabajadores por cuenta propia, lo cual demuestra que en el barrio permanecen a tiempo completo cerca de 5 millones de personas, de un total de unos 11 millones de habitantes”.

Continuó expresando el General de División Ulises Rosales del Toro:

“Nuestra población – según estadísticas – se distribuyen en 8 002 asentamientos, de los cuales 7 180, el 89 %, constituyen comunidades de menos de 1 000 habitantes”.

“El País posee 2 981 UBPC, 1 163 CPA, 2 703 CCS, 406 empresas agrícolas y 157 centrales azucareros que hacen un total de 7 410 entidades con

más de 1 millón de trabajadores, lo que demuestra la importancia que tiene en las comunidades el sector agropecuario”.

“La inmensa mayoría de nuestra población vive y conoce el barrio, el reparto, el caserío o los bateyes. “Pueblos o comunidades”, por llamarlos de alguna forma que se cohesionaron durante años, crearon hábitos y costumbres, tradiciones, enfrentaron adversidades naturales, aprendieron a defenderse, a divertirse y a producir juntos...”.

Situación actual

El problema cardinal del trabajo comunitario podría definirse en término de:

¿Cómo articular de manera coherente los diferentes factores existentes, en función de dinamizar las potencialidades de la comunidad, encaminada al logro progresivo de su autogobierno?

La respuesta práctica a este problema encuentra en la actualidad múltiples obstáculos materiales, objetivos y subjetivos. Entre ellos, la existencia de una cultura centralista – verticalista, que se manifiesta en los estilos, métodos y hábitos de trabajo de hacer estrictamente lo orientado, concebido de forma homogénea y uniforme, y sin tener en cuenta las particularidades de cada lugar y sus intereses específicos, que a su vez, encuentran terreno propicio para su permanencia en el modo de “participación” enraizado y concebido como respuesta a: movilización de “espera” por lo que se oriente y desarrollo sin creatividad, entre otros, en buena medida engendrado por los propios métodos y estilos de dirección empleados.

Existe una multiplicidad de programas institucionales que actúan de forma simultánea, pero sin un proceso de articulación de sus objetivos y métodos con carácter poco diferenciado entre sí y relacionadas con las especificidades de cada comunidad. Todo esto provoca a veces choques de acciones y, en suma, una reducción de su efectividad – impacto que tiene el producto sobre la colectividad – y eficiencia – empleo racional de los recursos humanos, financieros y tiempo –.

Cada uno de los sistemas de trabajo de las distintas ramas, considerados por separado, tiene una lógica interna impecable. Cuando estas lógicas actúan al unísono en un territorio de pequeña escala y escasos recursos, se interceptan recíprocamente y configuran una trama de estructuras, normas y funciones muy densa, que dificulta las relaciones horizontales en los niveles de municipio, consejo popular y circunscripción para solucionar los problemas locales.

El problema cardinal del trabajo comunitario consiste en cómo articular de manera coherente los diferentes factores existentes, en función de dinamizar las potencialidades de la comunidad, encaminada al logro progresivo de su autogobierno.

Un rasgo que aparece en estos programas, de incidencia negativa, ha sido que en su conformación no siempre se han tenido en cuenta los intereses específicos, precisamente por no ser organizados a partir de la propia comunidad. Además, cada institución establece sus indicadores de medición y evaluación de la efectividad del programa transitando de lo cuantitativo a lo cualitativo y viceversa sin la debida unificación, lo que impide hacer análisis integrales y comparativos de los resultados.

El personal encargado de ejecutar los programas en la base no está calificado en cuanto a lo que ha trabajo comunitario se refiere, muy en especial lo que guarda relación con las técnicas de trabajo participativas.

Las deficiencias en la preparación del personal – que en ocasiones resultan potenciadas por su falta de idoneidad – provocan: la realización de diagnósticos incompletos, la reducida participación de la población o la omisión de elementos sustantivos en el diagnóstico tales como: tradiciones, costumbres, saber popular o estado de las estructuras sociales concretas.

Algunas dimensiones importantes: la actividad económica, problemas ambientales y los relacionados con la vivienda, no son objeto de atención a este nivel o resultan insuficientemente tenidos en cuenta.

La Revolución ha creado un marco jurídico y un sistema institucional con potencialidades para el trabajo comunitario al cual es necesario darle mayor utilización. No obstante, hay cuestiones que requieren atención con vista al fortalecimiento que se persigue del mismo, en particular, lo concerniente a las facultades y atribuciones de los municipios sobre entidades económicas de subordinación provincial y nacional enclavados en sus territorios.

Se aprecia la tendencia a una producción teórica sin práctica y a una práctica sin el debido fundamento teórico, lo que impide sistematizar y divulgar experiencias.

La aplicación de enfoques, técnicas y procedimientos diferentes, bien fundamentados y articulados, permitiría conformar primero y enriquecer de forma permanente, después, una experiencia cubana de trabajo comunitario a la que se articularía lo mejor de las concepciones de América Latina y el Caribe y del resto del mundo.

El Consejo Popular, el más joven eslabón de nuestro sistema de Gobierno, ofrece posibilidades excepcionales

para la interacción, coordinación e integración de la diversidad de actrices y actores en la comunidad.

Pero estas potencialidades se ven frenadas y en riesgo, por lo mismo que hace peligrar las potencialidades del Consejo Popular como vehículo de participación en el autogobierno social.

¿Qué se quiere? ¿Cómo articular de manera coherente los diferentes factores existentes en función de dinamizar las potencialidades de la comunidad?

Se trata ahora de dar una nueva dimensión, un nuevo espacio, contenido y forma de materializar la participación de la población en dicho proceso. Esencial es la posibilidad de autogestión de la comunidad, y lograr que la acción y la movilización tengan sentido de barrio, a partir de la identificación y el respeto a los valores comunitarios, mediante las organizaciones de masa, instituciones y organismos en el Poder Popular para la búsqueda de soluciones concretas.

Esta concepción del trabajo comunitario integrado supone que la estructura estatal logre que los organismos centrales en su conjunto y cada uno en particular, definan y faciliten, también con carácter integral, en su estructura y funciones, el cumplimiento de los roles asignados a los niveles intermedios de provincia y municipio, sin perder coherencia en relación con la toma de decisiones, ejecución y control.

De modo que todos los organismos reafirmen su identidad y se movilicen para un objetivo común. Solo así, el Consejo Popular puede con autoridad y potencialidad propiciar el proceso de autogobierno como expresión de lo nacional.

Elementos para un trabajo comunitario integrado

Principios

La comunidad constituye un sistema y puede ser analizada, por tanto, según diferentes dimensiones, las cuales son interdependientes, condicionado por el carácter sistémico del objeto, por lo cual ninguna zona específica de las relaciones sociales puede avanzar demasiado, si las otras no lo hacen en igual medida.

La acción inadecuada sobre una de ellas no solo errónea o deficiente, sino de modo tal que no tenga en cuenta al resto del sistema o lo considere insuficiente, puede tener consecuencias negativas para algunas de las restantes dimensiones y para el sistema en su conjunto.

Objetivo central

Fortalecer la Revolución en todas las formas en que ella se expresa, consolidando así el proyecto cubano de desarrollo socialista, mediante la cohesión de los

esfuerzos de la población para lograr el mejor aprovechamiento de las potencialidades de la comunidad.

Para ello se dirige a organizar y movilizar a la población, a fin de propiciar su participación en:

- La identificación de problemas y necesidades.
- La toma de decisiones.
- La elaboración y ejecución de soluciones a problemas y respuestas a necesidades de la propia comunidad.
- El mejoramiento del modo de vida de la sociedad en general, a partir de sus propios recursos materiales y primarios, tanto físicos como espirituales.

Se deben desarrollar relaciones de colaboración y ayuda mutua entre:

- Sus miembros.
- Distintas comunidades.
- Comunidad y sociedad en general.

El trabajo comunitario debe constituir una escuela de colectivismo y democracia socialista y un freno a las tendencias individualistas y utilitarias. También se debe reforzar el sentimiento de identidad cultural como vía de valoración y apropiación de lo universal, lo nacional y lo local, frente a las tendencias globalizadoras.

Es necesario propiciar la expresión e intercambio de ideas y opiniones entre los miembros de la comunidad, que favorezcan la comprensión y explicación crítica de la situación actual y perspectiva de ella y del país, así como la importancia del papel de cada uno en su desarrollo. Asimismo, crear expectativas positivas y objetivas de desarrollo social y personal, que contribuyan al bienestar y equilibrio emocional de las personas que viven en la comunidad, especialmente niñez, adolescencia y juventud, como factor social que impulse su activa participación.

Métodos

El trabajo comunitario integrado comprende tres fases bien definidas aunque interrelacionadas:

- Diagnóstico.
- Elaboración y ejecución del plan de acción.
- Seguimiento y evaluación: del proceso, del impacto y los resultados del plan de acción.

Diagnóstico

Revela cuales son los problemas y necesidades de la comunidad, así como el potencial humano y material con que se cuenta.

Es el punto de partida para la jerarquización de las necesidades derivadas de la evaluación realizada,

y para ofrecer un orden de prioridad a las acciones que se han de desarrollar.

El diagnóstico debe tomar en consideración la estructura de clases, capas y grupos sociales que componen la comunidad, así como las dimensiones básicas del modo de vida de esta. Igualmente, identificará las individualidades relevantes, entre ellas los líderes tanto positivos como negativos. Sobre todo, los líderes positivos son muy importantes para los procesos de desarrollo comunitario, por lo que resulta clave su identificación, captación, desarrollo y promoción, para así garantizar con ellos la reproducción de la actividad sin apoyo externo, al igual que la creación de nuevos líderes.

El diagnóstico debe definir, mediante un orden, las metas que la comunidad como conjunto se propone y la de sus grupos específicos. Las metas serán progresivas. El cumplimiento de cada una deberá provocar un desarrollo de la autoconfianza y de las capacidades de organización y de acción del grupo, que permitirá la definición de nuevas metas más elevadas.

Plan de acción

Permite formular claramente cómo organizar y ordenar en el tiempo las acciones que se deben emprender en la comunidad. Al confeccionarlo, se tendrá en cuenta la definición de los objetivos de trabajo, a partir de definir y jerarquizar las necesidades encontradas en el diagnóstico, y los recursos humanos, materiales y de tiempo con que se cuenta.

En la formulación del plan de acción, se deberá precisar: que acciones y tareas concretas competen a cada sector institucional y a cada grupo e individualidades al interior de la comunidad en función de las metas comunes.

Durante el diseño del plan de acción debe propiciarse un amplio debate y participación que promueva, a su vez, y afirme el compromiso colectivo alrededor de los objetivos planteados y las vías que se deberán emplear para alcanzarlos.

La capacitación de las figuras clave de la comunidad como políticos, administradores, técnicos y líderes formales y no formales, constituye una de las acciones priorizadas y permanentes del plan de acción, ya que ello garantiza la calidad y efectividad de la dirección y participación de las personas implicadas en el proceso del trabajo comunitario.

Esta deberá adecuarse a las condiciones locales, y basarse fundamentalmente sobre los intercambios de experiencias y elementos que enriquezcan, lo más posible, la labor práctica en las comunidades.

Tanto en la formulación del plan como en su desarrollo deberá buscarse una articulación estrecha del saber popular con el conocimiento científico.

El inicio del proceso del trabajo comunitario, por lo general, requiere un impulso inicial externo, inducido por personal capacitado para ello, con atención diferenciada, dirigida sobre todo a generar un conjunto de esperanzas satisfechas que despierten la confianza de las personas en el trabajo comunitario, y sin descuidar el papel que pueden y deben jugar los líderes positivos de la propia comunidad. Una vez iniciado el trabajo, la sistematicidad en su ejecución es determinante.

Control y evaluación del Plan de Acción

El control y la evaluación de las acciones del proceso del trabajo comunitario plasmadas en el plan de acción, es la última fase en la metódica de trabajo.

En concreto, es un proceso permanente que se lleva a cabo incluso desde la elaboración del diagnóstico. Con ello se hace posible valorar la eficiencia de los pasos dados y hacer los ajustes necesarios en la ejecución de las distintas acciones.

En la realización del trabajo comunitario integrado en sus diferentes fases, es preciso tener en cuenta los niveles de integración que debe alcanzar:

- El referido al macromedio, del que se derivan las características sociológicas del orden de los sistemas valorativos que reflejan las particularidades y propósitos de la sociedad: instituciones, organizaciones y otros.
- El del micromedio, que incluye la familia y demás grupos, tanto formales como informales.
- El que guarda relación con el sujeto como agente portador del fenómeno social, ya que no debe desconocerse la forma particular en que los hechos sociales, institucionales y grupales se reflejan en lo singular de cada individualidad.

Bibliografía

- Álvarez Sintés, R. (2005). *Salud Familiar. Manual del Promotor*. Ed. MSDS / IAESP / Misión Barrio Adentro / MES / Misión Sucre, Maracay, 2da. ed. 3era. reimpresión.
- Arias, A. (2000). *La instauración de los Consejos Populares en Cuba. Su relación con la democracia. Democracia, derecho y sociedad civil*. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
- Asamblea Nacional del Poder Popular de Cuba (2000). Ley 91 de los Consejos Populares de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba, La Habana, Edición Extraordinaria # 6, de 25 de julio.
- Asociación de Pedagogos de Cuba (1999). Selección de lecturas sobre trabajo comunitario. CIE "Graciela Bustillos". La Habana.
- Asociación de Pedagogos de Cuba (1999). Propuesta técnico metodológica del sistema de planificación, monitoreo y evaluación. En Selección de lecturas sobre trabajo comunitario. CIE "Graciela Bustillos", Asociación de Pedagogos de Cuba.
- Borroto Chao, R. (2005). Apuntes tomados en reuniones del Grupo Técnico Asesor de Trabajo Comunitario Integrado [inédito], CNPES, La Habana.
- Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, Cuba (2001). Propuesta para el Análisis de la Situación de Salud. CNPES, La Habana.
- Harnecker, M. (2009). América Latina: Inventando para no errar. Lección de clausura en la XXVI Semana Gallega de Filosofía. Pontevedra.
- Harnecker, M. (2010). América Latina y el Socialismo del Siglo XXI. Secretaría de la Paz. Presidencia de la República. Guatemala. CA.
- Martínez, E. (2000). Transformando el barrio. Una experiencia cubana. En I Taller de Trabajo Comunitario (Comisión Nacional Cubana de la UNESCO). Memorias s.n. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2011). Programa del Médico y Enfermera de la Familia., Minsap, La Habana.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2006). Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). Participación Social. Sistemas Locales de Salud. HSD / Silos-3. OPS, Washington. DC.
- Organización Panamericana de la Salud (1994). Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; La Administración Estratégica: Los contenidos educacionales. OPS, Washington. DC.
- Primera Conferencia Nacional del Partido Comunista de Cuba (2012). Proyecto Documento Base. Editora Política. La Habana.
- Reyes, I. (1995). Características de la Participación Social en una comunidad urbana [inédito]. Maestría en Atención Primaria de Salud. Facultad de Salud Pública. ENSAP. La Habana.



DIAGNÓSTICO EDUCATIVO. PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Rafael Borroto Chao

La educación para la salud es una actividad que requiere la activa participación de especialistas de diferentes sectores.

El análisis de las causas de los problemas revela que es el resultado de la interacción de múltiples factores, que exige una estrategia intersectorial.

Para realizar un trabajo transdisciplinario – unificación conceptual entre disciplinas –, es esencial la colaboración intersectorial, porque es muy difícil encontrar a especialistas de todas las disciplinas necesarias en una misma institución.

El empleo de diversos canales de comunicación, precisa de actividades intersectoriales, que implican la participación de diversos organismos, instituciones y organizaciones (véanse capítulos 15 y 75 “Promoción y educación para salud” y “Trabajo comunitario integrado”, respectivamente).

Planificación

Para planificar el trabajo de educación para la salud se debe recurrir a la planificación por objetivos.

El esquema para planificar el trabajo de educación para la salud se basa en una estructura teórico – metodológica y consta de cuatro fases:

- Concepción.
- Formulación.
- Implementación.
- Evaluación.

Concepción. Esta es la primera fase del proceso de planificación, la cual consiste en el estudio y análisis de los problemas sobre los cuales se pretende actuar, al identificar las causas que han de ser abordadas con la intervención.

Se debe, en tal caso, utilizar los métodos de análisis de problemas y objetivos, los cuales consisten en construir un esquema que muestre la red de factores que

afectan una situación en un contexto determinado y que ayuda a elegir mejor los objetivos de la intervención.

En este caso se identifican conductas humanas, sobre la que puede centrarse la intervención, la cual podrá ser considerada educativa, y, por tanto, será necesario estudiar cuidadosamente los factores que influyen sobre tales conductas y las prácticas y hábitos que se desea modificar. Esta es la etapa identificada como diagnóstico educativo.

Al concluir esta fase de concepción, será necesario identificar los canales y medios de comunicación existentes, los grupos de referencia y de apoyo y las redes a través de las cuales se difundirán los mensajes educativos.

Formulación. Para planificar una estrategia, es necesario, ante todo, definir bien los objetivos, tanto generales o de desarrollo como los específicos.

Estos objetivos deben ser delimitados para cada grupo objetivo e incluso, para segmentos específicos de población dentro de cada grupo.

Implementación. Incluye a su vez los procesos siguientes:

- Producción de materiales de apoyo.
- Capacitación de las personas involucradas en el programa, representantes de los diferentes sectores, para que desempeñen de forma adecuada las funciones asignadas.

Evaluación. Deberá responder a dos preguntas:

- ¿Se han alcanzado los objetivos?
- ¿La puesta en práctica del proceso logró satisfacer las expectativas de las diversas personas involucradas y, sobre todo, la población afectada?

Diagnóstico educativo

Para el establecimiento del diagnóstico educativo son importantes dos pasos:

1. Analizar en detalle las conductas que serán modificadas:

a) Factores externos:

- Económicos.
- Políticos.
- Sociales.

b) Factores internos: al analizar las conductas como médico de familia, en esta etapa, podrá actuar para modificar estos factores:

- Motivación: solo una persona motivada puede considerar la posibilidad de modificar una conducta habitual o de adoptar una nueva conducta. Esta motivación es el resultado de la toma de conciencia en relación con: la importancia de un problema y la percepción de las consecuencias de su conducta o de una conducta alternativa.
- Conocimiento: cuando el problema es percibido y existe suficiente motivación para realizar un cambio, es muy importante saber qué cambio hay que hacer. Es en esta fase que interviene el conocimiento.
- Autoestima: los cambios de conducta son a menudo por la falta de confianza en sí mismos, de los principales implicados en la acción.
- Decisión: este factor, guarda relación con el sistema de valores de la persona. Entre numerosas posibilidades, la persona deberá elegir lo que le conviene más, según sus preferencias.
- Destreza: facultad de saber qué hacer y cómo hacerlo. Cuando una persona decide realizar un cambio, lo ensaya primero, pero su opción dependerá del resultado que obtenga. Si el resultado es positivo, seguirá utilizando la “receta”, pero si es negativo, no la empleará más.

Entre los factores que influyen en la puesta en marcha de una acción, es indispensable identificar aquellos que guardan relación directamente con las personas implicadas y los que están fuera de su control.

Es importante descubrir, antes de intentar hacer cambios en sus hábitos, qué razones válidas tienen las personas para comportarse de una cierta manera.

2. Canales de comunicación:

a) Interpersonales.

b) Medios de comunicación masiva (véase capítulo 16 “Comunicación en salud y técnicas educativas”).

Objetivos

Se debe conformar una jerarquía de objetivos de un programa de intervención, que debe estar integrada por:

- Objetivo general: mejorar el estado de salud.
- Objetivo educativo específico: lograr cambios en la conducta.
- Objetivos educativos intermedios: estimular el cambio en la motivación, conocimientos, autoestima, preferencias, decisión.
- Objetivos de comunicación: lograr la exposición y retención de mensajes.

Objetivo general. Está dirigido a mejorar el estado de salud del grupo objetivo. Este se puede medir utilizando indicadores. Existen condiciones externas que están fuera del control de la intervención en comunicación. Los objetivos solo se alcanzarán cuando los factores externos a la intervención en comunicación conduzcan a lograrlos.

Objetivos educativos. Están dirigidos a la adopción de una nueva conducta, y dependen de muchos factores externos al programa de comunicación.

¿Cómo definir los objetivos educativos? Estos debieran ser tan operacionales como sea posible, puse así se proveen las bases para una evaluación objetiva de la intervención. Para que un objetivo educacional sea operacional debe establecer claramente:

- Qué conductas observables indicarán que se ha alcanzado el objetivo.
- Quiénes mostrarán las diversas conductas.
- Cuáles serán los resultados de la nueva conducta.
- Bajo que condiciones se mostrará la conducta.
- Qué criterios determinan si el resultado deseado ha sido alcanzado o no.

Objetivos intermedios. Son aquellos relacionados con cambios en la motivación, conocimiento, autoestima, decisión – preferencia por una conducta particular – y la destreza “saber hacer”.

Estos son los resultados independientes, y los promotores de la intervención deben prestarles atención especial, a pesar de los factores externos. Los objetivos educativos deben ser operacionales.

Objetivos de comunicación. Para que el programa de comunicación sea efectivo y produzca cambios duraderos, se debe centralizar sobre la exposición de la población objetivo, los mensajes y la retención de estos por su parte.

Diseño de los mensajes

El mensaje es la formulación de una idea o concepto que ha de ser transmitido a una audiencia específica.

Los medios son los canales de comunicación a través de los cuales se transmiten los mensajes.

Los materiales de apoyo son los recursos utilizados para la transmisión de los mensajes: carteles, plegables, cuñas radiales y mensajes de televisión.

Las primeras preguntas que se deben hacer son las siguientes:

- En la elaboración del mensaje:
 - ¿Qué palabras debieran emplearse?
 - ¿En qué orden?
- En la selección de los medios:
 - ¿Qué tipos de medios?
 - ¿Cuál es la combinación óptima de medios para esta situación?
- En el desarrollo de materiales de apoyo:
 - ¿Qué tipo de material?
 - ¿Qué imágenes utilizan?
 - ¿Qué colores?
 - ¿Qué sistema de sonido?

Todas estas preguntas guardan íntima relación entre sí. Se debe tener presente que: el contenido del mensaje influye en la elección de los medios y los materiales de apoyo. Estos, a su vez, influyen en la forma cómo se formula el mensaje.

Los resultados del ensayo previo pueden indicar que debe hacerse otra selección de medios.

Esto es importante, pues la selección de los materiales de apoyo depende de los medios seleccionados.

Otro elemento a tener presente es la coherencia con los objetivos, ya que todos los mensajes deben ser coherentes con los cambios de conducta planteados en los mismos.

En la práctica, los objetivos específicos de una intervención de comunicación determinan los mensajes que se han de ejecutar. Estos objetivos también deben ser coherentes con los objetivos intermedios.

Los mensajes se diseñan de acuerdo con la naturaleza del objetivo intermedio. Estas diferencias se reflejan en el contenido del mensaje. Por ejemplo, un mensaje para ofrecer información será distinto de uno diseñado para aumentar la autoestima de la persona.

Los mensajes deben ser diseñados de acuerdo con los objetivos establecidos durante la fase de concepción de la estrategia. Los resultados de las investigaciones hechas en esa fase serán también útiles al diseñar el mensaje.

Para lograr un objetivo común se pueden emplear varios mensajes que se refuercen unos a otros.

Todas las intervenciones educativas realizadas con la población deben ser coherentes.

Sugerencias. Al diseñar un mensaje se deben tener en cuenta las proposiciones siguientes:

- Elaborar los mensajes breves y sencillos. Incluir solo algunas ideas claras.
- Ofrecer información completa y confiable.
- Repetir la idea varias veces.
- Recomendar un cambio preciso de conducta.
- Mostrar la relación entre el problema y la conducta recomendada.
- Utilizar una consigna o “eslogan”.
- Lograr que el mensaje sea presentado por una fuente confiable, según lo percibe el público objetivo.
- Presentar los hechos de forma directa.
- Utilizar siempre expresiones positivas.
- Emplear el humor sin ser ofensivo con nadie.

Se proponen siete elementos de estilo para mensajes:

- Materiales visuales claves. Esta técnica emplea un material visual dominante alrededor del cual se planifica el mensaje. El material visual clave puede representar casi todo el mensaje y por eso el texto que se necesita es solo una frase sencilla.
- Pluralidad. En esta técnica, por ejemplo, se presenta un grupo numeroso de personas que utilizan un producto propuesto. Transmite la idea de que la totalidad emplean el producto.
- Simbolización. El mensaje puede ser representado por un símbolo y se espera que el público haga la debida observación.
- Canje. En este método se utiliza un paralelo entre una situación y otra. Una de estas debe ser bien apreciada por el público. Las situaciones pueden reforzarse mutuamente.
- Sucesión – antes y después –. Aquí se hace referencia a un cambio positivo atribuido al empleo del nuevo producto o actividad propuesta.
- Modelo social. Cuando una persona admirada o reconocida por la población practica cierta conducta, utiliza un producto específico o revela una actitud particular, puede estimular las mismas reacciones en una persona que lo admira. Ahora bien, si el receptor no se identifica con el personaje famoso, es poco probable que imite la conducta.
- Evaluación. La evaluación de una intervención se lleva a cabo desde dos perspectivas:
 - Conocer si se han logrado los objetivos.
 - Determinar si los procedimientos se han realizado de acuerdo con lo esperado.

Evaluación

¿Cuándo se debe realizar la evaluación?

Lo ideal es planificar la evaluación de una intervención en comunicación desde la etapa inicial. El análisis causal y la investigación preliminar son partes de la evaluación. También se puede abordar la evaluación durante la fase de formulación de una intervención en comunicación.

Los conocimientos, actitudes y prácticas de la población objetivos tienen que ser medidos antes de la intervención, para proporcionar una base de comparación posterior.

Programa educativo

Consta de seis pasos o etapas:

1. Diagnóstico.
2. Objetivos.
3. Estrategias.
4. Recursos.
5. Plan de acción.
6. Evaluación.

Diagnóstico. La primera etapa en cualquier programa debe ser la definición del problema que se pretende solucionar o disminuir en su incidencia. Esto es lo que realmente se logra con el análisis de la situación de salud.

Una vez que se identifican: la situación, los factores condicionantes, las necesidades sentidas, los conocimientos y hábitos y los recursos, se determina, junto con la población involucrada, a cuales factores se dará prioridad en cuanto al esfuerzo y los recursos que se asignan para el programa.

El diagnóstico educativo debe estar muy relacionado con el análisis de la situación de salud del consultorio del médico y la enfermera de la familia.

Es importante que el médico de familia coordine y solicite el apoyo del delegado de la circunscripción donde está enclavado el consultorio, para que este invite a participar en la reunión de análisis de la situación de salud, a líderes formales y no formales de la comunidad, técnicos de diferentes sectores fundamentales y asimismo, deben concurrir el propio delegado y administradores de diferentes perfiles. O sea, una reunión con participación intersectorial. De esta forma se aplica lo que aparece en la Ley 91, de los Consejos Populares sobre participación popular, que en su Artículo 38 expresa:

“El Consejo Popular, mediante métodos participativos de trabajo, coordina e integra a los delegados,

las organizaciones de masas, instituciones, entidades y vecinos en general para:

- Identificar de forma sistemática los problemas y necesidades que afectan la comunidad y sus posibles soluciones.
- Organizar y promover el esfuerzo colectivo de los vecinos para la solución de sus propias necesidades, mejorar la convivencia y la calidad de vida.
- Decidir la estrategia de trabajo para desarrollar, en un período determinado, las actividades que se propongan.
- Realizar la evaluación y control de los resultados de las acciones desarrolladas”.

El análisis de la situación de salud es muy importante, pues ofrece la base sobre la cual medir el rendimiento del programa, de ahí que la información obtenida en esta etapa se denomine información básica o de base.

De los problemas identificados y priorizados hay que conocer cuáles son los que requieren una intervención de tipo educativo para su solución. De ellos, se seleccionará uno y utilizando la técnica de análisis de problemas, se puede tomar una decisión acertada para resolverlo mediante la construcción del árbol de problemas.

Objetivos. El segundo paso de un programa educativo es definir lo que se desea lograr a fin de solucionar o aliviar el problema. Por lo general, esto se denomina formulación de objetivos.

Recomendaciones. Cuando se definan los objetivos para un programa educativo, se deben siempre formular aquellos que se desean lograr, hacerlo en términos precisos, e indicar los resultados concretos que espera alcanzar.

Preguntas para facilitar la formulación de los objetivos. La mejor manera de formular un objetivo es respondiendo a cinco preguntas. Así, en el objetivo para un programa educativo se debe definir:

- ¿Qué es lo que logrará como resultado?
- ¿Cuándo espera lograr este resultado?
- ¿Dónde ocurrirá el logro del resultado?
- ¿Quién se beneficiará del resultado?

Ejemplo de objetivo:

- Cuándo: en diciembre de 2012 ...
- Dónde: el consultorio 25...
- Qué: reducirá la tasa de deserción...
- Quién: de los usuarios del programa de vacunación...
- Cuánto: de un 70 a un 30 %.

- Existe una diferencia entre un objetivo expresado en estos términos y la manera que se acostumbra a hacerlo:
- “Crear conciencia sobre la importancia de la segunda dosis...”.
 - “Reducir la tasa de deserción del programa de inmunización...”.

Cuando se formule un objetivo es muy importante incluir una medida que permita comprobar que el objetivo se ha logrado. Por tanto, se debe ser lo más específico posible e incluir cifras numéricas siempre que esto sea posible.

Por ejemplo, no diga: “aumentar conocimientos sobre diarrea”, diga más bien, “mencionen cuatro causas de aparición de diarrea”.

La medida que se propone para cerciorarse si se están logrando los objetivos propuestos durante el desarrollo de un programa, se llama indicador de evaluación. Este indicador permite evaluar los logros del programa, por lo cual no debe olvidarse su inclusión cuando se formule el objetivo.

Hay que ser realista al escribir el indicador, ya que sobre esta base se juzgará si el indicador es de conocimientos, de actitud o de conducta, y, en muchos casos, una combinación de estas tres categorías. Por ejemplo, en un programa de prevención de deshidratación por diarrea:

- Los indicadores de conocimientos podrían ser que los participantes:
 - Describan cinco síntomas de deshidratación.
 - Nombren los seis pasos en la preparación del suero de rehidratación oral.
 - Enuncien cuatro medidas higiénicas para evitar la diarrea.
- Los indicadores de actitud serían que los participantes:
 - Den líquidos a niños / niñas con diarrea.
 - Utilicen el suero de rehidratación oral en lugar de otros remedios caseros con que se pretende combatir la deshidratación.

- Los indicadores de conducta podrían ser que las personas participantes:
 - Protejan los alimentos en envases apropiados.
 - Preparen el suero oral en forma correcta siguiendo los pasos indicados.
 - Eliminen o entierren basuras y supriman el agua estancada.

Para la formulación de un objetivo mensurable es necesario emplear verbos de acción o activos para su enunciación. Los verbos activos en este caso son aquellos que indican acciones observables y mensurables. Ejemplos de verbos activos son los siguientes: determinar, trabajar, delegar, explorar, coordinar, incrementar, indagar, practicar, apreciar, mejorar, establecer, profundizar, relacionar, discutir, completar, usar, tratar, nombrar, definir, explicar, diseñar, favorecer, movilizar, resumir, resolver, construir, preparar, hacer, concertar, organizar, distinguir, promover, seleccionar, comparar, nombrar, identificar, enumerar, reducir, lograr, propiciar, otros.

Ejemplo:

- Objetivo: reducir la desnutrición para abril de 2012 en la población del consultorio número 28, bajando la incidencia de desnutrición de la población a 30 %, para lo cual se deberán captar el 80 % de las mujeres, 26 hombres y niños.
- Variable: desnutrición.
- Indicadores:
 - Peso por talla.
 - Número de personas que aumentaron de peso en relación con el total detectado con desnutrición.

En la tabla 76.1, a partir de un problema diagnóstico, se ejemplifica el procedimiento que se debe seguir para la determinación de objetivos del programa educativo comunitario.

Tabla 76.1. Procedimiento para la determinación de objetivos del programa educativo comunitario

Problema -diagnóstico	Comportamientos y causas culturales	Objetivos	Indicadores de evaluación
Mortalidad infantil de 16 por 1000 nacidos vivos principalmente por diarreas	Desnutrición, abandono de la lactancia materna y alimentación inadecuada	Lograr que el 60 % de la niñez nacida entre enero y diciembre de 2012 en la comunidad X sea amamantada	Censo de mujeres en edad reproductiva Número de la niñez amamantada durante 6 meses

Estrategia. A la serie de actividades que se realizan en forma secuencial para lograr un objetivo se le denomina estrategia; también, al conjunto de acciones que hay que desarrollar para solucionar el problema en cuestión.

Después de definido el problema y formulado los objetivos, corresponde explicar con exactitud cómo resolver el problema. En este paso hay que identificar, analizar y seleccionar la estrategia más apropiada para la consecución de los objetivos. La estrategia educativa que se utilizará para alcanzar los objetivos del programa, dependerá en gran medida de las necesidades de los beneficiarios de ese programa, identificados en el análisis de la situación de salud y de acuerdo con los resultados que se disponga.

Recursos. El cuarto paso de un programa educativo consiste en la identificación de recursos.

Los tipos de recursos son:

Humanos:

- Líderes formales y no formales.
- Dirigentes políticos y administrativos.
- Técnicos de diferentes sectores.

Materiales:

- Mural.
- Láminas.
- Cartel.
- Franelógrafo.
- Rotafolio.
- Objetos reales.
- Diapositivas,
- Videos.
- Impresos.
- Otros.

Instituciones:

- Casas de Cultura.
- Centros de recreación y deportivos.
- Salas de vídeo.
- Centros escolares.
- Centros laborales.
- Instituciones infantiles.
- Otros.

Tiempo:

- Horas.
- Días.
- Semanas.
- Meses.

Conocimientos:

- Respecto a la comunidad.
- En relación con la materia que se ha de enseñar.

Destrezas:

- Habilidades prácticas.
- Psicomotoras.
- De comunicación.
- De liderazgo.

Se deben identificar los recursos humanos y materiales necesarios para la solución de los problemas de salud:

- Disponibles.
- No disponibles.
- Existen y no se utilizan.
- No existen.

Plan de acción. El quinto paso de un programa educativo es desarrollar un plan de acción, el cual se llevará a cabo con la comunidad. Con ella se definirán las tareas que hay que realizar y para ello se deben contestar las preguntas siguientes:

- ¿Qué es lo que se debe hacer?
- ¿En qué orden deben realizarse las tareas?
- ¿Cuándo deberán completarse las tareas?
- ¿Dónde se realizarán las actividades?
- ¿Quién o quiénes serán responsables por ellas?

Evaluación. Este es el paso final del programa educativo. Se debe llamar a esta etapa diseño de la evaluación y no simplemente “evaluación”. La evaluación debe ser parte de todo el programa y no algo que se realiza en forma independiente de las demás etapas.

El diseño de la evaluación establece un sistema para prever información que permita emitir juicios y tomar decisiones sobre los logros reales del programa comparados con el objetivo planteado.

Conviene tener en cuenta tres elementos clave de esta definición:

- Establece un sistema para proveer información: significa que la evaluación no se realiza al azar, sino en forma sistemática. Debe ser un proceso continuo constituido por pasos que se toman en forma lógica y secuencial.
- Permite emitir juicios: es decir, es una actividad analítica. Su propósito es juzgar si los esfuerzos desplegados han tenido o están teniendo éxito.
- Tomar decisiones: una vez que se tiene idea de cómo va el programa, se debe decidir qué hacer para

maximizar su éxito o mejorar sus limitaciones. La evaluación para que tenga valor, debe ser un instrumento para la toma de decisiones y no simplemente un instrumento académico.

Criterios evaluativos desde la Educación Popular

¿Cómo proceder para evaluar?

Para garantizar el carácter participativo de una evaluación, es necesario concebirla como una actividad de carácter educativo y diagnóstico, que explore, sin exclusión, los criterios que tienen las personas participantes sobre la calidad del proceso vivido.

Crear en el grupo la conciencia de la necesidad de evaluar como un proceso de consolidación y adquisición de nuevos aprendizajes y borrar toda huella anterior de exclusión, han de constituir pasos previos al proceso educativo.

Seleccionar técnicas que promuevan la animación, desinhibición, distensión, búsqueda de información y análisis profundo de los criterios evaluativos, es un momento que requiere trabajo colectivo de planificación de la actividad.

Contextualizar la evaluación y hacer de ella un proceso educativo, exige que colectivamente se operacionalicen los criterios evaluativos.

Para ello, antes de iniciar la evaluación se debe:

- Seleccionar los criterios que han de ser útiles en la evaluación, teniendo en cuenta el contexto, las características del grupo y del proceso educativo que ha de evaluarse.
- Establecer los niveles de aceptación, tanto cualitativos como cuantitativos.
- Decidir la forma y los instrumentos o técnicas que utilizarán para la evaluación, con la aspiración de recoger una información confiable y crear un ambiente de alegría, de necesidad de búsqueda crítica, de honestidad intelectual, de proyección creativa, libre, en contraposición de cualquier experiencia negativa que hayan vivido anteriormente.
- Crear espacios para la reflexión tanto individual como colectiva sobre los criterios evaluativos.
- Ejecución de las acciones de búsqueda de información.
- Consolidar los resultados y elaborar el informe que ha de presentarse a la comunidad.
- Aprobación del informe por quienes participan del proceso educativo.

Premisas

- Se debe partir de la práctica evaluativa vivida en nuestros procesos educativos, valorarla críticamente, construir conceptos teóricos básicos, buscar información teórica complementaria y hacer una proyección sobre cuál ha de ser la respuesta más coherente, flexible y contextualizada a la que pudiéramos llegar en este primer acercamiento.
- La evaluación a la que se aspira debe respetar las subjetividades tanto individuales como colectivas.
- El compromiso político – ético de quienes evalúan con las grandes masas desposeídas y su intencionalidad de transformación liberadora, debe permear el enfoque evaluativo.
- El enfoque de equidad de género, de edad, de derecho, será objeto y eje de evaluación de los procesos educativos.
- El carácter participativo del proceso educativo será fundamental objeto de evaluación y al mismo tiempo conducta y principio irrenunciable en quienes evalúan.
- En los procesos de Educación Popular, no solo se buscan resultados, sino que se hace un énfasis especial en el proceso, en el tránsito, en la manera en que acontece, en el cómo.
- La comunicación dialogada, libre, democrática, respetuosa, inquisitiva, problematizadora, tolerante no solo será objeto de análisis evaluativo, sino conducta en el desarrollo de la acción evaluadora.
- El proceso evaluativo debe tener en cuenta la identidad cultural de las personas evaluadas y fortalecerla mediante sus herramientas.
- Un enfoque integrador, multidimensional, articulador de la diversidad es premisa necesaria para el diseño del proceso de evaluación y también objetivo de evaluación.
- El proceso evaluativo debe constituir un proceso educativo, de construcción de saberes, de fortalecimiento de valores y del espíritu crítico y autocrítico, de creación de conciencia, de expresión de libertad, de creatividad y de disfrute.
- El clima afectivo, de optimismo y alegría ha de lograrse tanto en el proceso que se evalúa, como también en el proceso evaluador.
- Cualidades de honestidad, modestia, espíritu crítico, responsabilidad, humildad y solidaridad serán una exigencia a evaluar y una conducta a asumir por quienes participan en la evaluación.
- Apreciarla como un proceso continuo, no como un momento posterior o aislado y sí como parte de la acción transformadora.

Acercamiento teórico

Nada nos excusa de la responsabilidad colectiva de aportar saberes, pero con la conciencia de que se debe sumar otros saberes y que el resultado siempre será inconcluso, a la espera del aporte de los demás.

El compartir la visión sobre conceptos claves tales como: evaluar, medir, sistematizar, buscar en la memoria toda la experiencia acumulada y hojear los textos de Oscar Jara, Fernando de la Riva, Miguel A. Santos Guerra y otros destacados autores han afirmado las siguientes ideas:

- La evaluación al igual que la sistematización, representan un primer nivel de elaboración conceptual, pero a diferencia de esta última, su propósito no es realizar una interpretación lógica del proceso vivido, sino fundamentalmente medir los resultados obtenidos por la experiencia, confrontándolos con el diagnóstico inicial y los objetivos y metas propuestos.
- Tanto la evaluación como la sistematización supone realizar un ejercicio de abstracción a partir de la práctica, pero mientras que la sistematización se centra en las dinámicas de los procesos, la evaluación pone más énfasis en los resultados.
- Evaluar consiste básicamente en:
 - Reconocer y analizar que ha sucedido en un periodo de tiempo determinado,
 - Comparar lo que se pretendía conseguir y como se pretendía hacerlo, con lo que se ha obtenido realmente y cómo se ha llegado a ese resultado.
- La evaluación puede ser cuantitativa, si se hace mayor énfasis en la medición de las cantidades o magnitudes en que se obtienen los resultados, pone el acento en los datos estadísticos y tiende a juzgar el éxito o el fracaso de acuerdo con criterios numéricos. Es cualitativa si profundiza más allá de los datos cuantitativos, para apreciar la calidad con que se han logrado los resultados y lo expresa mediante juicios de valor.
- La evaluación: un proceso de diálogo, comprensión y mejora.

Criterios evaluativos

Se reconoce con el nombre de criterios evaluativos (CE) a las categorías o elementos que promueven la reflexión evaluativa y la expresión concreta que sobre la calidad de un proceso de Educación Popular tiene el colectivo de participantes. La expresión de los resultados puede ser cuantitativa o cualitativa y el proceso investigativo que los genere debe ser esencialmente educativo y emocionalmente gratificante.

Se enfatizará, por tanto, en la valoración cualitativa y no en la medición.

División de los criterios evaluativos

- Procesos: cuando promueven la valoración de cómo se ha educado, en función de cómo se debía hacer.
- Resultados: cuando promueven la valoración de lo que se ha logrado o no, en función de los objetivos previstos, o cambios ocurridos.
- Impactos: cuando promueven la valoración de las consecuencias que ha tenido el proceso evaluado, tanto para las personas que han participado como para su entorno.

Dimensiones de la Educación Popular

El proceso de identificación de esos criterios evaluativos tendrá como marco de referencia las siguientes dimensiones de la Educación Popular:

- Político – Ética.
- Pedagógica
- Investigativa.
- Comunicativa.
- Estético – Cultural.
- Organizativa.

Se debe formular el criterio evaluativo como enunciado de forma general, y reconociendo la característica que lo identifica dentro de la concepción de la Educación Popular. Se le adicionará una descripción que explique las unidades de análisis o elementos que lo componen, rasgos o conductas que lo caracterizan, palabras claves para la reflexión y además el lenguaje ha de ser claro y preciso.

La evaluación ha de ser participativa, construida colectivamente, proyectiva y, por tanto, los criterios que se formulan no constituyen plantilla de medición, sino referentes que provoquen la reflexión que permitan la selección y adecuación al contexto, tanto de manera flexible como consensuada.

Proceso. Criterios evaluativos

Relación horizontal entre la persona que educa y sus estudiantes. Hay dos elementos personales en el proceso educativo: quien enseña y quien aprende; la relación que se establece entre ellos en la Educación Popular debe estar caracterizada por:

- Coprotagonismo: si ambos elementos son protagonistas del proceso educativo, mantiene una relación que favorezca construir y además ejercer el poder de una manera compartida.

- Comunicación dialogada: si utiliza el diálogo como forma y esencia comunicativa entre las personas participantes, con buena escucha y con empatía, o sea, cuando el proceso promueve el descubrimiento del yo en el tú, en un acercamiento hacia los sentimientos, las emociones, las actitudes, las expectativas y comportamientos de los demás, si la comprensión de la otra persona permite acercarse a su posición y puntos de vista y además, viabiliza acciones compartidas.
- Dirección democrática: si la persona que enseña dirige democráticamente el proceso, promoviendo la participación de los que aprenden desde:
 - El diagnóstico.
 - La identificación de los objetivos, la elaboración del programa.
 - La evaluación.
- Tolerancia y respeto a la diversidad. Se refiere a la valoración respetuosa de criterios diferentes, en la que no se discrimine por razones de: sexo, raza, procedencia social, creencias religiosas, entre otras; tendiendo a la comprensión de una concepción de “mestizaje” intelectual, sectorial, social, religioso, otros.
- Participación: cuando la persona que educa y el grupo de estudiantes respetan y promueven las posibilidades de participación – es decir, de opinar y decidir comprometidamente – sin discriminación alguna ni por concepto de género, raza, edad, desarrollo intelectual u otra condición social.
- Relación afectiva: si prevalece una relación respetuosa y de confianza mutua que favorezca un clima de tolerancia.
- Coherencia: cuando no se contradice el discurso y la acción de la persona que educa, se genera confianza y se refuerza la admiración y el respeto por parte del grupo que es educado.
- Compromiso estético: si se manifiesta una permanente disposición a favor de la justicia, la libertad, del derecho a ser, promoviendo una coherencia, entre la conducta y las normas ético – jurídicas, a la vez que se muestra la belleza que existe en la lucha ética; si en el grupo se aprecian las características de honestidad, sinceridad y transparencia como diferencias de cualquier otra forma de dirigir la relación.
- Liberador: si aspiran a la formación de entes democráticos, capaces de organizarse, comunicarse, conocer sus derechos y asumir roles de liderazgo en los procesos de liberación contra los condicionantes que limitan o violan el ejercicio de sus derechos.
- Integral: si persiguen el fortalecimiento de convicciones, sentimientos y conductas de desarrollo humano, éticamente comprometidas con la lucha por un mundo mejor, más justo, equilibrados y ecológicamente sostenibles.
- Desarrollador de capacidades: si proponen desarrollar habilidades para investigar la realidad, generar procesos de transformación y potenciar acciones desde la óptica de los más débiles.
- Aumentar valores: cuando atienden al fortalecimiento de valores éticos y estéticos dentro de las concepciones de una educación por el afianzamiento de la vida, de la paz y de una cultura que distinga a una persona de las demás, basada en la solidaridad y protectora de los valores patrimoniales.
- Participativo: cuando son elaborados conjuntamente o mediante consenso entre las personas participantes.

El contenido integrador de la ciencia en función de la práctica. Según Paulo Freire, en *Pedagogía del Oprimido*: “Para el educador – educando, dialógico, problematizador, el contenido programático de la educación no es una donación o imposición – un conjunto de informes que han de ser depositado en los educandos –, sino la devolución organizada, sistematizada y acrecentada al pueblo de aquellos elementos que este le entregó en forma inestructurada”.

La evaluación de la calidad del contenido, parte de valorar los rasgos que caracterizan el programa y cómo se desarrollan en el proceso educativo:

- Coherente – contextualizado: cuando el programa se corresponde con los objetivos del plan de estudio, con los principios de la Educación Popular y con la práctica social del contexto donde se desarrolla el proceso.
- Integrador: si el programa articula saberes y enfoques de diferentes disciplinas en función de temas generadores, cuya reflexión se potencia alrededor de un eje temático o punto de vista que se privilegia.
- Científico: cuando surge y se enriquece en la búsqueda investigativa de nuevas verdades e interpretaciones que de la realidad va haciendo el grupo, y del aporte que el saber popular y académico han acumulado.
- Crítico y creativo: si favorece la aprehensión crítica del contenido a partir de acceder a la diversidad de posiciones o teorías y su reelaboración creativa.

Los objetivos para la formación y auto transformación liberadora. Los objetivos, constituyen el elemento rector del proceso y se formulan como resultados esperados. Para valorar su óptima calidad en un proceso de Educación Popular deben tener un carácter:

- Flexible: si permite ser modificado, enriquecido y adaptable a los intereses o descubrimientos que vayan surgiendo durante el proceso.
- Participativo: si se selecciona colectivamente a partir de las necesidades de aprendizaje, así como, de los intereses o descubrimientos que vayan surgiendo durante el proceso.

La práctica del grupo como punto de partida. El proceso educativo debe iniciarse como una reflexión de la práctica de quienes aprenden para que reconozcan lo que piensan, hacen, o sienten, en relación con el tema de estudio.

Este diagnóstico permite encontrar las incoherencias o contradicciones que motivan y viabilizan el proceso de teorización.

La calidad de este primer paso de la metodología, debe atender a los elementos que se investigan y a la forma en que se hace:

- Contexto y coyuntura: si se explora cómo aprecian el tema o problema en el contexto local y en la situación que se vive; así como la relación que guardan con el contexto nacional e internacional.
- Subjetividad: si se favorece la expresión de criterios, percepciones, creencias, prejuicios, temores, sueños, aspiraciones y sentimientos de las personas participantes sobre el tema de estudio: si se reflexiona sobre la influencia que la cultura del grupo puede tener en esos criterios.
- Accionar histórico: si se explora que acciones, tanto sociales o individuales se han realizado a favor o en contra del problema y que explican el estado actual de la situación que se estudia.
- Ampliación de la visión. Si a partir de la lectura crítica de la realidad, se propicia una ampliación de los marcos de referencias y aparecen nuevos aspectos de estudio.
- Participación: si se favorece la participación de quienes toman parte como investigadores durante el diagnóstico y se crean las condiciones que propicien un real protagonismo en las decisiones y accionar investigativo.

La construcción colectiva del conocimiento. La Educación Popular, como rechaza la transmisión verticalista del conocimiento, debe procurar mediante preguntas, construir la descripción de la situación de estudio, profundizar en el análisis de las causas, sus relaciones y consecuencias, de manera tal, que se lleve al dominio del tema por medio de la construcción teórica, desde la práctica.

Para evaluar la calidad de este proceso se debe atender a lo siguiente:

- Construcción de conceptos: si estos se construyen identificando sus características mediante un proceso de reflexión compartida que produce un paulatino alejamiento de la práctica concreta, para acercarse cada vez más a su esencia.
- Consolidación y ampliación: si una vez construido el nuevo saber, se profundiza a partir de la definición y extensión del concepto, de la comparación con otras situaciones, del estudio de la literatura sobre el tema, o mediante un ejercicio de búsqueda investigativa, entre otros aspectos.
- Profundización del conocimiento: si se recomiendan ejercicios de investigaciones tanto en la práctica como en la teoría, diseñados y ejecutados en interacción grupal, como forma de profundizar en el tema, por lo que el desarrollo de la capacidad de investigación, la reflexión crítica y autocrítica, los procesos reflexivos y la utilización de técnicas para la investigación participativa, han de ser elementos de referencia para evaluar.
- Intercambio de saberes: si promueve diálogos entre las personas participantes que enriquezcan y a la vez motiven, al respetar la diversidad, potenciar la escucha, la participación, la expresión libre del pensamiento, así como concertar acciones cooperadas.

Proyección de una nueva práctica. La Educación Popular, coherentemente con la metodología dialéctica, estipula la práctica como: punto de llegada, validación de la teoría y sobre todo como objeto de transformación, pues el saber enriquecido durante el proceso, permitirá un nuevo accionar, más efectivo e integrador, proyectado con la participación popular.

Para valorar la calidad con que el proceso educativo realiza este paso metodológico, debe atenderse a su visión:

- Proyectiva: si se propicia un espacio para pensar cómo mejorar la práctica futura, sugerir ideas o acciones que enriquecidas por lo aprendido, propongan nuevos cambios y compromisos, proyectos e iniciativas, entre otros.
- Comprometida: si apreciamos en la visión de transformación propuesta por las personas participantes un enfoque de equidad, sostenibilidad, participación popular y compromiso con los sectores más desfavorecidos.
- Organizativa: si las personas participantes, demuestran haber entendido la importancia de organizarse al presentar propuestas de estructuración de grupos para la realización de nuevas acciones y transformaciones,

en correspondencia con los cambios posibles jerarquizados.

- Si identifican los líderes y asumen los roles que socialmente pueden inspirar e impulsar los procesos de transformación liberadora.
- Planificada: proyecta de manera armónica, objetivos, metas, acciones, recursos, tiempo disponible y responsabilidades, como ejercicio para el desarrollo de capacidades de dirección democrática.

Medios y técnicas que favorecen la reflexión.

Coherentemente con los objetivos que se persiguen y con el método que potencia la Educación Popular, – liberador, provocador del diálogo y de construcción de conocimientos – los medios deben servir y facilitar estos fines. En la Educación Popular, el medio deviene en soporte de un grupo de procedimientos que dinamizan y provocan participación, reconocido con el término de técnicas participativas. Para evaluar la calidad de este indicador, deben valorarse los siguientes aspectos:

- Adecuada selección: si han tenido en cuenta, al seleccionar la técnica o el medio, los objetivos, las características del grupo, el resultado que esperamos obtener con la misma, los requisitos que exige, otras.
- Uso adecuado de la técnica: si se han empleado técnicas que favorezcan la participación para construir, consolidar y evaluar el conocimiento, o si han sido para integrar o animar el grupo. Si cada técnica ha respondido a una necesidad y se han utilizado oportunamente. El abuso de las mismas puede debilitar sus ventajas y obstaculizar el buen desarrollo del proceso.
- La calidad del medio: si los que se utilizan:
 - Promueven la reflexión en el destinatario del mensaje.
 - Es claro, directo y sin ánimos de manipulación.
 - Sus códigos refuerzan la identidad cultural.
 - Expresan sus compromisos políticos con los más necesitados.
 - Son creativos.
 - Son estéticamente buenos, es decir, producen placer estético.
- Dominio en la ejecución: si la persona que educa dirige con eficacia los cinco pasos:
 - Motivación y orientación de la dinámica.
 - Realización.
 - Análisis de los elementos presentes en la técnica (descodificación).
 - Relación de estos elementos con la realidad misma.
 - Conclusión o síntesis de lo discutido.
- Formación estética: si se utilizan técnicas que:

- Desarrollan el gusto estético.
- Facilitan el contacto con la cotidianidad cultural y estética del grupo.
- Utilizan diferentes manifestaciones artísticas.
- Aumentan la capacidad de apreciación artística.
- Estimulan la promoción cultural, respetando y cultivando la diversidad estética.
- Coherencia: si la intencionalidad de la técnica es coherente con los principios éticos y políticos de la educación popular:
 - Respeto a la otra persona.
 - Cooperación.
 - No competencia.
 - Igualdad de posibilidades sin discriminación.
 - Mensaje comprometido a favor de los más necesitados.
- Contextualizada:
 - Responde a la idiosincrasia del grupo.
 - Maneja sus códigos y sus tradiciones culturales y creencias.
 - Hace uso del patrimonio local, regional, nacional y universal, tanto tangible como intangible.

Formas organizativas que favorezcan la participación.

Las formas en que se organiza el proceso educativo, posibilita a las personas participantes vivenciar y aprehender cómo organizar y funcionar en grupos para poder reproducirlos en otros procesos educativos, ya sea en aulas o en el trabajo comunitario. La manera en que se organiza, favorece u obstaculiza el proceso educativo y debe ser coherente con: los objetivos, el contenido, los métodos y la evaluación. Es importante evaluar si se potencia el trabajo grupal, investigativo e independiente y el taller. En fin, si se permite la independencia necesaria que estimula la creación y la unidad organizativa que favorece la acción conjunta. Son necesarios considerar referente a la evaluación los siguientes aspectos:

- Construcción del grupo:
 - Si la persona que educa promueve el sentido de identidad y pertenencia al grupo.
 - Si propicia que el grupo identifique intereses comunes.
 - Que las personas que lo integran se comuniquen directamente y establezcan sus códigos, símbolos, reglas de disciplina y reconozcan y promuevan sus líderes.
- Funcionamiento del grupo: si existen tareas que conforman al grupo, lo ejercitan y lo desarrollan. Para asumir una tarea, se debe propiciar primero: la reflexión individual, después su discusión y análisis en

- un pequeño colectivo y por último su socialización en plenaria, pues esto amplía, fortalece el debate.
- Diferenciación de roles: si favorece la identificación por parte de las personas participantes de los diferentes roles y además estimula el asumir, crearme, desempeñar e intercambiar los mismos.
- Atención a los conflictos: si han podido convertir el conflicto en una oportunidad para desarrollar el trabajo grupal y para ello conviene valorar:
 - En qué medida los conflictos estimularon los cambios, la creatividad y la energía del grupo.
 - Si se aprovecharon los conflictos para evidenciar los objetivos y metas.
- Calidad de la coordinación: quien enseña debe poseer y tratar de desarrollar en el grupo las habilidades que muestren una dirección democrática, participativa, no solamente reflexiva, sino que comparta el poder de la toma de decisiones, promueva una disciplina consciente y permita desarrollar una dirección planificada y flexible.
- Clima afectivo: si existen relaciones afectivas armónicas y un disfrute del proceso educativo.
- Empleo del espacio y disposición del mobiliario. Si se favorece el empleo de espacios abiertos, amplios, informales, que permita el movimiento libre del grupo.
- Si la distribución de sillas y mesas permite el acercamiento y la comunicación directa y horizontal entre las personas, preferiblemente circular y sin estrados.

Evaluación con carácter formativo. La evaluación es un proceso de diálogo, comprensión y mejora, en la cual se enjuicia la cantidad y calidad de los resultados alcanzados en cada actividad y al finalizar el proceso, confrontándolos con el diagnóstico inicial y los objetivos y metas trazadas.

Valorar la calidad de la evaluación significa atender a sus características:

- Participativa: si permite la autoevaluación y coevaluación, es decir, si se promueve que las personas participantes opinen sobre los resultados individuales, colectivos y sobre la calidad del proceso. Si se explora la opinión de la evaluación por parte de las personas beneficiarias indirectas del proceso educativo.
- Educativa: si el proceso de evaluación ha permitido reafirmar conocimientos, adquirir nuevos aprendizajes y desarrollar la crítica y autocrítica de las personas participantes.
- Integral: si se han evaluado no solamente conocimientos, habilidades y capacidades aprendidas, sino

los sentimientos, convicciones y grado de complacencia del grupo con el proceso vivido.

- Clima distendido: si la evaluación se ha desarrollado en este tipo de clima, de alegría y confraternidad.
- Estimuladora: si se han reconocido éxitos y esfuerzos, tanto individuales como colectivos.
- Frecuente: si periódicamente se han sometido a evaluación el desarrollo del proceso y si se han registrado los resultados obtenidos en esas evaluaciones parciales.

Resultados. Criterios evaluativos

Cada actividad dentro de un proceso educativo persigue resultados muy concretos, como los objetivos específicos, que deben ser evaluados, en cantidad y calidad. Ellos constituyen los cambios que se han logrado o no, tanto en las personas como en sus entornos. Todas las personas participantes deben opinar de forma inmediata sobre la valoración de esos resultados y las memorias recogerán estos datos en la evaluación final.

Además, cada proyecto o proceso alcanza resultados más generales, en correspondencia con los objetivos para los que se desarrolla el mismo; por lo que es necesario evaluar también al finalizar el proceso, esos resultados, tanto cualitativos como cuantitativos, de forma participativa.

Todos los resultados educativos, independientemente de la mayor o menor amplitud, refieren cambios individuales y también grupales, los cuales pueden estar identificados en los objetivos, pero por lo general se logran muchos cambios no previstos y ellos también son importantes, por lo que no debe reducirse la valoración a los primeros.

La evaluación se ha ocupado, por mucho tiempo, de medir resultados, y especialmente cuantitativos, de ahí la amplia experiencia que se ha acumulado en instrumentos e indicadores que evalúan la retención, promoción, asistencia, número de estudiantes por aula, costo per cápita, entre otros.

Por ello se sugiere que se exploren las opiniones de quienes participan, se revisen documentos, se realicen o no observaciones participantes, con el fin de valorar los resultados alcanzados por el grupo en los siguientes criterios evaluativos:

Apropiación de nuevos conocimientos. En un proceso educativo suele existir un grupo de conocimientos que la persona construye o recibe y que cambia, profundiza o amplía su visión inicial sobre una situación o tema dado.

El conocimiento es un proceso infinito, así que cualquier evaluación de sus resultados será relativa y debe estar enmarcada en tiempo y espacio, preferiblemente comparada con los resultados de una valoración

diagnóstica inicial y seguramente los resultados que se obtendrán serán diferentes en cada persona.

Muchos de estos cambios se expresan como resultados deseables en los objetivos cognoscitivos del programa, pero por lo general ocurren más cambios de los previstos, por lo cual recomendamos las siguientes pistas para explorar este criterio evaluativo:

- **Objetivos cognoscitivos:** en qué magnitud se logran o no, los objetivos referidos a la aprehensión de conocimientos, en cada participante y en el grupo. Si se aprecian cambios en el conocimiento del tema en comparación con el diagnóstico inicial, ¿es más amplia, más profunda, más integral, u otra visión diferente?
Si existen otros conocimientos adquiridos, sobre la realidad o contexto, sobre el grupo, sobre el propio individuo, que no estuvieran previstos en los objetivos. En qué nivel se satisfacen las expectativas de las personas participantes y si perciben necesidades de conocimientos y nuevos intereses.
- **Calidad de lo aprendido:** si consideran que el conocimiento aprendido es actualizado tanto desde la teoría, como desde la ejemplificación práctica; enriquece la cultura y los valores de las personas participantes y además es útil para su práctica.
- **Cambios en las concepciones:** si aprecian o perciben cambios en sus concepciones iniciales sobre: la necesidad y comprometimiento con la utopía de un mundo mejor, más justo, equitativo y sostenible económica y ecológicamente.
- **Apropiación de metodologías:** un proceso de Educación Popular, permite vivenciar esa metodología de investigación educativa y puede tener como resultado el saber valorarla, comprenderla, defenderla y aplicarla, ¿cuál de estos resultados aprecian o perciben las personas participantes que se han alcanzado? ¿Si se ha desarrollado su pensamiento inquisitivo y su capacidad de preguntar y preguntarse?
- **Crecimiento cultural:** si consideran que ha habido cambios en su capacidad de interpretar el mundo y sus condicionamientos; los procesos políticos, el devenir histórico y su proyección liberadora, es decir, si se ha creado o fortalecido una cultura política en las personas participantes y en el grupo.

Si se ha producido un acercamiento a nuevas manifestaciones del arte, o el enriquecimiento de otras, con cambios en la capacidad de apreciación, disfrute estético y en la creación artística, los cuales son elementos que en el desarrollo de la cultura artística se deben evaluar.

Apreciar hasta que punto perciben cambios en su cultura comunicativa, en la valoración de la necesidad del diálogo, del respeto a la otra persona, de la convivencia, de la tolerancia, del enfoque equitativo en las relaciones de género y etarias, es decir, hasta que punto consideran que se han apropiado de una cultura de paz.

Si las personas participantes y el grupo consideran que hay nuevos conocimientos, enfoques, valoraciones sobre la necesidad de una cultura jurídica, de una visión ajustada a la ley, al derecho y al cumplimiento de las mismas.

Si sienten cambios en la visión del cuidado y preservación de la naturaleza, del patrimonio cultural, de los recursos y hasta que punto el pensamiento enfoca como prioritario el desarrollo sostenible, la protección del planeta y de la especie humana, en fin si se han apropiado de una cultura medioambiental.

Desarrollo de la espiritualidad. Las personas participantes son seres sentipensantes, por lo cual es necesario valorar los cambios que se pueden haber producido como resultados del proceso educativo en el sistema de valores de cada una de ellas y en los sentimientos personales y de grupo. Es muy importante el crecimiento intelectual, pero un proceso de Educación Popular procura que el ser humano crezca espiritualmente, en su condición humana.

Para evaluar los resultados en esta esfera es importante reflexionar acerca de:

- **Valores éticos:** durante un proceso de Educación Popular, el conjunto de valores éticos de cada integrante de un grupo en su interacción, va experimentando cambios que implican la creación de nuevos valores, fortalecimiento de otros o el rescate de valores perdidos. Evaluar hasta que grado perciben las personas participantes la existencia de valores tales como: solidaridad, honestidad, responsabilidad social y compromiso con las masas populares, así como la coherencia de sus conductas con ellos, es un elemento formativo indispensable en este tipo de evaluación.
- **Reafirmación personal:** si perciben o aprecian una reafirmación de la personalidad, de la autoestima, de la identidad cultural, del sentido de pertenencia en cada individuo o en el grupo y si ha desarrollado la capacidad de construir un pensamiento propio, autónomo.
- **Reafirmación grupal:** si el grupo en su funcionamiento ha demostrado, una autoafirmación, sentido de pertenencia e identidad grupal. Si en las interrelaciones personales se aprecian sentimientos de empatía, tolerancia, amor, amistad, respeto y cooperación.

Cambios en las conductas. El ser humano en su interactuar con el medio, asume respuestas que se aprecian como conductas, y que son reflejos de una complicada mezcla de concepciones, valores, sentimientos, tradiciones, hábitos, estados emocionales, en fin, sería difícil establecer la relación de causas que provocan una conducta, pero de hecho, esta es el efecto observable y por tanto valorar sus cambios es importante elemento para evaluar los resultados de un proceso educativo.

Estos cambios pueden estar formulados como resultados esperados en los objetivos de un programa, pero la práctica educativa dice, que en la mayoría de los casos aparecen como omisiones, no obstante como constituyen resultados de los procesos educativos, se propone evaluarlos a partir de si ha habido cambios en su conducta:

- Patriótica: si muestran mayor interés por la información económica, política e histórica de su país. Si se aprecia una actitud de defensa ante los hechos que ofenden, subestiman o agraden a su patria. Si expresan orgullo por su origen, ciudadanía e historia.
- Ciudadana: si expresan conductas de respeto y exigencia al cumplimiento de los derechos humanos y en especial de la infancia y la adolescencia. Si conocen y cumplen las leyes del país y las normas ético – morales de la sociedad en que viven. Si se comportan demostrando responsabilidad e interés ante los problemas de su localidad y si comparten acciones encaminadas a resolverlos.
- Ecológica: si refieren y actúan a favor del cuidado y preservación del medio ambiente, aprovechan racionalmente los recursos naturales, se interesan por aprender y experimentan técnicas que favorezcan un desarrollo sostenible.

Capacidad de gestión y conducción democrática de procesos comunitarios. Como resultado de un proceso educativo deben quedar establecidas estructuras organizativas que faciliten la multiplicación de procesos de autogestión capaces de generar y conducir a nuevas propuestas de dirección democrática. Ello requerirá de:

- Desarrollo de habilidades: explorar si han adquirido habilidades para:
 - Interpretación crítica de la realidad.
 - El estudio independiente, especialmente en la búsqueda bibliográfica.

- El trabajo investigativo y el análisis de datos.
- La proyección de soluciones creativas mediante planes de acción o microproyectos.
- El desarrollo de la comunicación dialogada.
- Presencia de liderazgos: explorar entre las personas participantes cuantas se destacan por:
 - Dirigir democráticamente.
 - Mediar y solucionar conflictos, mostrando patrones alternativos de conducta y soluciones creativas.
 - Organizar y conducir el trabajo grupal.
 - Conducir procesos educativos con la metodología de la Educación Popular.
- Promover la autogestión participativa.

Impacto. Criterios evaluativos

El siguiente nivel de evaluación para analizar los resultados y decidir la aceptabilidad del programa de comunicación en salud es el impacto, no solo a largo plazo, sino a mediano y corto plazo; por ejemplo, analizar que está sucediendo con variables tales como:

- Conocimientos.
- Conceptos.
- Capacidades.
- Habilidades.
- Destrezas.
- Creencias.
- Actitudes.
- Hábitos.
- Prácticas y conductas de la población.
- Condiciones económicas, sociales y ambientales.

Algunas variables a más largo plazo son, por ejemplo:

- Diagnosticar en etapas tempranas y oportunamente las enfermedades.
- Disminuir los riesgos a la salud y la frecuencia de enfermedad.
- Mejorar en general los indicadores y las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

La evaluación de impacto incluye:

- La ejecución del programa, en específico el esfuerzo de la institución en términos cuantitativos y en relación con los recursos.
- Estudios pilotos.
- Pruebas iniciales.
- Grupos focales.
- Otros.

También, la evaluación de impacto es llamada final o de producto, porque enfatiza más en los datos y la información “final” obtenida, así por ejemplo: prevalencia de factores de riesgo, morbilidad y mortalidad.

Se pueden y deben hacer preguntas para medir el resultado o producto final del programa como: ¿Disminuyó la incidencia de cáncer en el grupo objetivo como resultado de su participación en el programa de comunicación en salud?

Por lo general, se habla de evaluación de resultados en lugar de la de impacto, cuando se trabaja a más largo plazo. Requiere mejor y más precisa información y, finalmente, los datos biológicos y médicos precisan analizarse en relación con el modo de vida de la población.

Consideraciones

La evaluación permite que el médico y la enfermera de la familia conozcan la respuesta de la población con respecto al programa de promoción y educación para la salud.

Una forma de ir controlando el desarrollo del programa es mediante la “retroalimentación rápida”, lo cual es una expresión que indica el empleo de información de resultados a muy corto plazo – de días a 1 o 2 semanas – que se utiliza para mejorar el programa, sus componentes y su impacto. Si se repite varias veces en la primera etapa de su desarrollo, a pesar de lo parcial y limitado de la cobertura y las medidas de análisis de información utilizadas, se podrá

mejorar paulatinamente el programa sobre la marcha, según las necesidades y deficiencias que se presenten y detecten cada día.

Bibliografía

- Asociación de Pedagogos de Cuba (1999). Selección de lecturas sobre trabajo comunitario. Proyecto de Programa de Trabajo Comunitario Integrado. CIE “Graciela Bustillo”. Asociación de Pedagogos, La Habana, pp. 59-8.
- Asociación de Pedagogos de Cuba (2003). Para evaluar nuestras prácticas. Criterios evaluativos desde la Educación Popular. Talleres sobre Criterios Evaluativos. Asociación de Pedagogos. La Habana. pp. 3-34.
- Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. (2003). *Manual de Capacitación Popular en Promoción y Educación para la Salud*. Editora Política. La Habana.
- Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública. (2004). Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. Guía de Evaluación Rápida. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Cali, Colombia.
- Dirección General de Promoción de Salud (2008). Promoción de la Salud e Intersectorialidad. Ministerio de Salud y Deportes. República de Bolivia. La Paz.
- Fernández Sacasas J. A., y R. Álvarez Sintés (2004). Carrera del Médico General Integral Básico. *Reingeniería del Internado*. Minsap: La Habana.
- Gaceta Oficial de la República de Cuba (2000). Ley número 91 de los Consejos Populares. Edición Extraordinaria Número 6, de 25 de julio.
- Ministerio de Salud Pública. (2005). Medicina General Integral. Programa. Analfítico. Minsap, Viceministerio para la Docencia, La Habana.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2011). Programa del Médico y Enfermera de la Familia, Minsap, La Habana.
- OPS (1990). Evaluación del planeamiento de programas de educación para la salud. Serie PALTEX, 18. Washington DC.
- SERJUS (1989). Propuesta técnico metodológica del sistema de planificación, monitoreo y evaluación. En *Selección de lecturas sobre trabajo comunitario*. (CIE “Graciela Bustillo”). Asociación de Pedagogos, La Habana, pp. 84-88.



Volumen II

Medicina General Integral

Salud y Medicina

La Editorial Ciencias Médicas presenta nuevamente una de las obras más representativas de la medicina cubana: **Medicina General Integral** (MGI), ahora en su tercera edición corregida y aumentada. Esta nueva publicación de MGI en formato impreso cuenta con cinco volúmenes, en los que se incluyen nuevos capítulos y se actualiza el resto, con lo cual se enriquece y perfecciona este texto básico para el médico de la familia, desde su etapa de estudiante, durante su formación como especialista y en el desempeño profesional.

Partiendo del paradigma biopsicosocial de la medicina, este libro plantea la continuidad de la interrelación del médico de familia con el paciente, sus familiares, la comunidad y el medio ambiente; estimula el desarrollo de la atención médica integral, con énfasis en una medicina promocional y preventiva, el progreso de la medicina social, con un enfoque clínico epidemiológico y social. Se basa en el humanismo, la ciencia y el respeto a los principios éticos médicos, y orienta al profesional cómo evitar la iatrogenia y perfeccionar la calidad del servicio que brinda. Asimismo, se estudian los problemas de salud de mayor morbilidad y mortalidad, científicamente actualizados, organizados por áreas y sistemas.

Este libro resume la experiencia asistencial, docente e investigativa de sus autores, encabezados como siempre por el doctor Roberto Álvarez Sintés, quienes, en su mayoría, han combinado el ejercicio de la medicina general integral en Cuba y en el extranjero. Dirigido, en primer lugar, a estudiantes e internos de la carrera de Medicina, así como a residentes y especialistas; será útil, además, a internistas, pediatras, ginecoobstetras, epidemiólogos, psicólogos, enfermeras, tecnólogos de la salud y otros especialistas de la medicina que dedican parte de su tiempo al cuidado de las personas, familias, comunidades y el ambiente.

El lector puede consultar este texto también en sus versiones digitales: el portal del libro **Medicina General Integral** (<http://libros.sld.cu/mgi/>) y su multimedia, con valores que complementan el formato impreso, como la galería de imágenes, el intercambio con sus autores y editores, así como vínculos con otros textos de la colección Medicina familiar y comunitaria.