CUARTA EDICIÓN

EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Alvarez Sintes

Medicina general integral

Tomo I

Salud y medicina

Vol. 2



CIENCIAS MÉDICAS • MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Medicina general integral

Tomo I

Salud y medicina

Vol. 2



CUARTA EDICIÓN

EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Alvarez Sintes

Medicina general integral

Tomo I

Salud y medicina

Vol. 2



CIENCIAS MÉDICAS • MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La Habana • 2022

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Álvarez Sintes, Roberto.
Medicina General Integral / Roberto Álvarez Sintes… [*et al.*]; 4. Ed.---- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2022.
T. I. V. 2. 398 p.: il., tab. — (Colección Ciencias Médicas. Serie Medicina Familiar y Comunitaria).
-
Medicina Preventiva, Genética Médica, Salud Ambiental, Familia, Medicina Familiar y Comunitaria

WB 110

Cómo citar esta obra:
Alvarez Sintes R, Hernández Cabrera GV, García Núñez RD, Barcos Pina I, Báster Moro JC. Medicina General Integral; [Internet]. 4. ed. T. 1. Vol. 2. Salud y medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2022. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-tomo-i-salud-y- medicina-vol-2-4ta-ed

Edición: Lic. Yudexy S. Pacheco Pérez
Redacción y corrección de estilo: Lic. Patricia Lisette George de Armas
Diseño e ilustración: D. C. V. Mariana Vila Acosta
Maquetación: D. C. V. Mariana Vila Acosta y Téc. Amarelis González La O

Primera edición: 2001
Primera reimpresión: 2004
Segunda reimpresión: 2006
Tercera reimpresión: 2007
Segunda edición: 2008
Primera reimpresión: 2011
Tercera edición: 2014

Sobre la presente edición:
©Roberto Alvarez Sintes, 2022
©Editorial Ciencias Médicas, 2022

ISBN 978-959-316-023-0 (obra completa)
ISBN 978-959-316-025-4 (PDF, tomo I vol. 2)
ISBN 978-959-316-031-5 (EPUB, tomo I vol. 2)

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado
La Habana, C. P. 10400, Cuba
Teléfono: +53 7836 1893
ecimed@infomed.sld.cu
www.ecimed.sld.cu

Autoría

Autor principal

Roberto Alvarez Sintes

Máster en Longevidad y en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor e Investigador Auxiliar. Dirección de Docencia, Ministerio de Salud Pública. Policlínico Docente Antonio Maceo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

https://orcid.org//0000-0002-1942-3658

Coautores

Griselda Victoria Hernández Cabrera†

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

Rubén Darío García Núñez

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

https://orcid.org//0000-0002-1942-3658

Indira Barcos Pina

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Medicina General Integral y en Pediatría. Profesor e Investigador Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

http://orcid.org/0000-0003-2328-6366

Juan Carlos Báster Moro

Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor e Investigador Auxiliar. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín.

https://orcid.org/0000-0002-5019-382X

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Coautores del tomo I, vol. 2

Cristóbal Lázaro Martínez Gómez

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Psiquiatría.
Profesor Titular y Consultante. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Comandante
Manuel Fajardo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Isabel Louro Bernal

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Psicología de la Salud.
Licenciada en Psicología. Profesor e Investigador Auxiliar. Escuela Nacional
de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

María del Carmen Amaro Cano

Máster en Ciencias Históricas y en Salud Pública. Licenciada en Enfermería
y en Ciencias Políticas. Profesor Auxiliar y Consultante. Investigador Auxiliar.
Centro de Estudios Humanísticos. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Paulina Araceli Lantigua Cruz

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Genética Clínica.
Profesor Titular y Consultante. Investigador Titular. Centro Nacional
de Genética Médica. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Rafael Borroto Chao

Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud
y en Educación para la Salud. Profesor Auxiliar. Ministerio de Salud Pública.

Yudy Cambero Martínez

Máster en Atención Integral a la Mujer y en Educación Superior en Ciencias de la Salud.
Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Ginecología y Obstetricia.
Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Roberto Tomás Álvarez Fumero

Doctor en Medicina. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado
en Organización y Administración de Salud y en Pediatría. Profesor e Investigad Auxiliar.
Sociedad Cubana para el Desarrollo de la Familia (SOCUDEF).
Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Guillermo José López Espinosa

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

Esther Pérez González

Máster en Psicología de la Salud. Especialista de I Grado en Psicología de la Salud.
Licenciada en Psicología. Asistente. Policlínico Docente Lidia y Clodomira de Regla.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mario León González

Máster en Psiquiatría Social. Especialista de II Grado en Psiquiatría.
Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Nancy Guinart Zayas

Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Medicina Interna.
Profesor Auxiliar. Policlínico Docente Diego Tamayo de La Habana Vieja.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Jesús Menéndez Jiménez

Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de II Grado en Gerontología
y Geriatría. Profesor e Investigador Auxiliar. Centro de Investigaciones
de la Tercera Edad. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

https://orcid.org/0000-0001-9910-9054

José Antonio Montano Luna

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

Gisela Abreu Ruíz

Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado en Medicina
General Integral y en Medicina Interna. Profesor Asistente. Investigador Agregado.
Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Silvia Isabel Martínez Calvo

Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesor e Investigador
de Mérito. Profesor Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

http://orcid.org/0000-0003-0196-8550

Emilia Antonia Botello Ramírez

Máster en Salud Pública y en Educación Médica. Especialista de II Grado
en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Dirección Provincial de Ciencia
e Innovación Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

https://orcid.org/0000-0003-1573-1861

Otros coautores

Nancy Magaly Ojeda Hernández

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

Gicelda Sanabria Ramos

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública y en Tecnología Educativa.
Especialista de II Grado en Administración y Organización de Salud.
Profesor Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

http://orcid.org/0000-0001-9013-3605

Stalina Rafaela Santisteban Alba

Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia.
Profesor Titular y Consultante. Hospital Ginecobstétrico Ramón
González Coro. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lilliam Rodríguez Rivera

Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de II Grado en Gerontología
y Geriatría. Profesor e Investigador Auxiliar. Centro de Investigaciones
de la Tercera Edad. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Carmen Garrido Riquenes

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

Fernando Domínguez Dieppa

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Pediatría.
Profesor Titular. Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

https://orcid.org/0000-0003-3971-5612

Guadalupe Álvarez Bustamante

Máster en Salud Ambiental y en Educación Superior en Ciencias de la Salud.
Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar.
Vicerrectoría Académica. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Martha Patricia Couret Cabrera

Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología
y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

María Mercedes Sarduy Faulin

Máster en Infectología. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología.
Profesor Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Luis Felipe Heredia Guerra

Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de II Grado en Gerontología y Geriatría. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Centro de Investigaciones de la Tercera Edad. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

https://orcid.org/0000-0002-2163-6409

Niurka Cascudo Barral

Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatría. Profesor Asistente. Centro de Investigaciones de la Tercera Edad. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Norma América Cardoso Lunar

Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatría. Profesor Asistente. Centro de Investigaciones de la Tercera Edad. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Bárbara Mayra Leyva Salermo

Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de II Grado en Gerontología y Geriatría. Profesor Asistente. Centro de Investigaciones de la Tercera Edad. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Alina María González Moro

Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatría. Profesor Asistente. Centro de Investigaciones de la Tercera Edad. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

https://orcid.org/0000-0002-9386-1592

Walkiria Bermejo Bencomo

Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor e Investigador Auxiliar. Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Teresa de la Caridad Romero Pérez

Máster en Educación Médica Superior. Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesor Titular y Consultante. Investigador Titular. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Abel Nicolás Monzón Fernández

Máster en Salud Pública. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Cirugía General. Profesor e Investigador Auxiliar. Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

María del Carmen Pría Barros

Doctor en Ciencias. Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Bioestadística.
Profesor Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Andrés Hernández Ramírez

Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Medicina General Integral.
Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

Ángela María Moreno Pérez-Baquero

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

Héctor Corratgé Delgado

Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar.
Escuela Latinoamericana de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Prólogo

El 9 de diciembre de 1981, en la clausura del v Congreso del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud, Fidel Castro Ruz expresó: "Y yo creo firmemente que Cuba puede convertirse en un centro mundial de la medicina. Cuando digo un centro mundial de salud de primera calidad, no hablo solo con relación a países del Tercer Mundo, hablo incluso con relación a países desarrollados" (Castro, 1981).

Esa aspiración de convertir a Cuba en una potencia médica mundial Fidel la había meditado mucho a partir de las condiciones concretas de la Isla, su escasez de recursos naturales, pero inmensa riqueza de recursos humanos, en específico en la medicina, profesión con mucha aceptación en el país. En ningún país del mundo se estaban formando la cantidad de médicos que se formaban en Cuba, y no solo en cantidad, como remarcaba el compañero Fidel, sino en calidad, portadores de los valores humanos necesarios para asistir a cualquier lugar, dentro y fuera del país, a prestar sus servicios. El extraordinario prestigio que habían adquirido los servicios de salud de Cuba a partir del triunfo revolucionario, la demanda creciente de personal de salud en el mundo, las constantes solicitudes de cooperación que recibía en el campo de la salud, hacía que fuera factible la aspiración de convertir a Cuba en una potencia médica.

Los planes que desarrollaba la Revolución en ese frente comprendían más de 100 programas y proyectos distintos. En ese mismo discurso Fidel les planteó a los delegados al Congreso que:

> (…) estamos desarrollando una facultad de medicina en cada provincia, y a esto hay que añadir que ahora estamos haciendo un análisis, hemos pedido a un grupo de compañeros responsables y competentes, que nos hagan un análisis de cómo está la formación médica. No le pedimos esa tarea al Ministerio de Salud Pública, para que el Ministerio de Salud Pública no tuviera que convertirse en juez de su mismo trabajo, se lo pedimos al sector de la educación, a la Vicepresidencia del Comité Ejecutivo que atiende todo lo relacionado con la educación, la cultura y la ciencia, y a un grupo de pedagogos, reunir la información, porque hay algo que tiene que preocuparnos mucho, es muy importante, es decisivo, de lo contrario no tendría sentido nada de lo que estamos planteando: cómo se están formando nuestros médicos, cuál es la calidad de la formación de nuestros médicos y qué hay que hacer para superar cualquier deficiencia (Castro, 1981).

Ese grupo llegó a importantes conclusiones que le informaron al compañero Fidel, entre ellas, la necesidad de establecer un nuevo plan de estudios de la carrera de Medicina, que graduara un médico general básico que trabajara e impulsara la nueva organización de los servicios de salud que comenzaba a crear la Revolución, basado en el desarrollo de la atención primaria de la salud, a través del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

La comisión que elaboró el nuevo plan de estudios, también recibió el informe de otra comisión de profesores que, por orientaciones de Fidel, visitó entre finales de 1982 y principios de 1983 los siete países que se consideraban los más avanzados en educación médica en aquella época, EE. UU., Reino Unido, Canadá, la URSS, Francia, Checoslovaquia y Suecia. Al respecto, en abril de 1983, el comandante expresó:

> Nosotros tenemos que analizar la experiencia internacional completa (…) tanto en el campo de la docencia como en el campo de la asistencia (…) y pensando en que tenemos que recoger las mejores experiencias en todas partes (…) después del claustro, a fines del pasado año, organizamos siete delegaciones de profesores para visitar las mejores universidades de los siete países que considerábamos más avanzados en el campo de la medicina (…) Y vamos a tratar de asimilar de todas estas exploraciones lo que sea y consideremos útil para nosotros (Castro, 1983).

En esa misma línea de convertir a Cuba en una potencia médica mundial, el compañero Fidel concibió la idea de especializar al médico general básico mediante un programa de residencia de 3 años y crear la especialidad de medicina general integral.

Con mucho énfasis reiteraba que antes el médico general era el que se graduaba en la escuela de Medicina y no estudiaba una especialidad. Ahora, el médico general tendrá una especialidad, será un especialista de lo general, el médico más demandado por nuestra población y el más necesario para la cooperación internacional.

En el Encuentro Nacional de Estudiantes de Ciencias Médicas, en 1984, el Comandante en Jefe expresó:

> Se elaboró el programa de Medicina General Integral, y ya tenemos 30 estudiando en distintas provincias, y es fuerte el programa. No quiero desalentar a nadie, al contrario; quiero adelantarles, pero les advierto que el programa del especialista en medicina general integral es fuerte (…) Este médico es el más universal. Ahora, la idea de convertirlo en una especialidad, permite que todos los médicos del país puedan ser especialistas, y tengan el aval, la evaluación de especialistas, el prestigio social de los especialistas y la importancia que tiene el especialista (Castro,1984).

Es en ese contexto que esta obra en cinco volúmenes adquiere su mayor trascendencia. Esta cuarta edición ha venido a confirmar las palabras de Fidel y su certeza en la formación de este especialista.

La obra que estamos presentando tiene sus antecedentes en tres ediciones anteriores, la primera en el año 2001, la segunda en el año 2008 y la tercera en el 2014. Surge a partir de que, en 1995, su autor principal se presentara como primer médico de familia a los ejercicios del segundo grado en medicina general integral, y ya en su currículo aparecía un manual que recogía sus experiencias. Así se empezó a conformar este libro.

En el prólogo que el profesor Ernesto de la Torre Montejo escribió para la primera edición, en 2001, señaló cómo se realizó el libro que hasta ese momento se utilizaba para el estudio de la medicina general integral, tanto en el pregrado como en la especialidad. Decía lo siguiente:

> 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 (Alvarez, 2001).

A partir del año 2001, cuando vio la luz esa primera edición, se han graduado como médicos de familia 112 084 médicos generales y, de los 59 959 especialistas de medicina general integral graduados en Cuba (cierre de 2020), 36 665 (61,2 %) se han formado con la ayuda de este libro.

Hoy, después de 20 años, sus autores son reconocidos expertos en su especialidad y el libro ha tomado dos caminos:

– Un volumen para el pregrado, donde se aborda lo esencial, las ideas fundamentales, estructurado en 20 partes y 74 capítulos, con notas explicativas donde el lector puede profundizar y con orientaciones para el estudio independiente.
– Cinco volúmenes para el posgrado, donde se despliega el contenido necesario para formar a un especialista en medicina general integral de alto nivel científico-técnico, social y humanista que nuestro país y otros necesitan.

Esta obra dedicada al posgrado se desarrolla en 38 partes y 158 capítulos, de los cuales se han actualizado todos y cuatro de ellos cambian de nombre. Un gran valor de esta edición es que 49 capítulos fueron reescritos y de ellos 26 se profundizaron con la sabiduría de nuevos autores.

Se han incorporado 11 capítulos, todos con gran pertinencia al abordar la estrategia de salud universal, los objetivos de desarrollo sostenible, la Declaración de Astana, la propuesta de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social sobre el posicionamiento de Alma Ata: Salud Para Todos, y los principios básicos de la Atención Primaria de Salud, superando errores, enfatizando una concepción de la salud como proceso socialmente determinado y como derecho fundamental de los pueblos.

Otros capítulos incorporados tienen que ver con el cambio climático, el control de excretas y residuales líquidos, las arbovirosis, la pareja infértil, el síndrome metabólico, las urgencias quirúrgicas, la COVID-19 y cómo orientar a la familia ante preocupaciones y situaciones en la esfera de las relaciones humanas y la salud mental. Cierra con otro capítulo nuevo, la prevención cuaternaria. Con esto se robustece el libro, que pretende no solo instruir, sino recordar de dónde viene la medicina general integral y qué compromisos tiene con la persona, la familia, la comunidad y la sociedad.

Aunque los libros para el posgrado están dirigidos a los especialistas en formación y en ejercicio, este también será de utilidad a otros, dado que su contenido es amplio y, además, contiene elementos de medicina clínica sobre comunicación, familia, salud pública, higiene, epidemiología, demografía, ética e investigación, genética, inmunología, entre otros. Por lo que, de manera particular, será de utilidad a otros especialistas que comparten transversalidad con los médicos de familia y, en general, para todos los profesionales de la salud y estudiantes de ciencias médicas.

Todas las especialidades tienen su texto de referencia. Esta obra, que se ha ido perfeccionando y enriqueciendo con cada edición a lo largo de 20 años, se erige como el texto

de referencia de la especialidad medicina general integral, con una historia de cerca de 40 años en Cuba y decenas de miles de médicos de familia formados.

Durante más de 50 años he estado vinculado, de una u otra forma, a la educación superior cubana, y he conocido muchos claustros de ciencias médicas y de otras carreras en todas las provincias del país, y realmente son muy pocas las que han elaborado nuevas ediciones mejoradas de su texto básico en el transcurso de los años. Es un esfuerzo y una dedicación admirable, que me hace felicitar a su autor principal y al resto de los autores, asesores y consultores que durante este tiempo han elaborado este texto medular que forma al especialista clave de la salud pública cubana.

Sin dudas, este es un texto de referencia para cualquier universidad o país del mundo que desee formar un médico general capaz de trabajar de forma exitosa en un modelo de medicina familiar inclusiva en la atención primaria de salud.

Juan Vela Valdés (1945-2022)
Doctor en Ciencias de la Salud
Profesor de Mérito

Bibliografía

Alvarez Sintes, R. (2001). Medicina General Integral. Primera edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.

Castro Ruz F. (1981). Discurso pronunciado en la Clausura del V Congreso del Sindicato de los Trabajadores de la Salud; 9 de diciembre de 1981 [citado 09 de mayo 2021]. Disponible en: http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1981/esp/f091281e.html

_____ (1983). Clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas. La Habana; 16 de abril de 1983 [citado 15 May 2021]. Disponible en: http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1983/esp/f160483e.html

_____ (1984). Castro Ruz F. Discurso de Clausura del Encuentro Nacional de Estudiantes de Ciencias Médicas; 5 de mayo 1984 [citado 15 May 2021]. Disponible en: http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1984/esp/f050584e.html

.

Prefacio

La publicación de la cuarta edición de *Medicina general integral* coincide con tres momentos importantes para la especialidad: el 38 aniversario del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, el 27 aniversario de la titulación del primer especialista de II grado y el cumpleaños 21 de este libro.

En estos 20 años se han formado, con la ayuda de esta obra, 112 084 médicos generales como médicos de familia y 36 665 especialistas en medicina general integral (61,2 % de los 59 959 graduados en Cuba al cierre de 2020). En ese tiempo han ocurrido múltiples y prodigiosos avances científicos que ya casi no causan admiración en quienes lo hemos vivido, como el internet, la clonación y el mapeo cerebral humano, por citar solo algunos. 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 que 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 salud familiar, y sin esta, no habrá jamás salud individual. Con este enfoque, este 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. Así, se intenta mantener el interés del lector y fomentarlo a lo largo de sus páginas, siguiendo los principios de la medicina familiar.

En la obra se presenta una visión panorámica de la medicina general integral practicada en Cuba y en 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 permite comprender, atender y explicar al hombre, tanto en lo personal como en lo social.

En esta cuarta edición 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 reinterpretan 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 no ha crecido, se ha reajustado a las fronteras de la especialidad, 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 pudiera parecer a primera vista demasiado "extendido", un estudio cuidadoso por parte del educando 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 intenta 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. 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.

Desarrollar una medicina que tiene como armas la dispensarización, el análisis de la situación de salud, la pesquisa activa 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 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 cómo 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 las ediciones anteriores, 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 pícher 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 pícher 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 Alvarez Sintes

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

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

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

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 Enrique Ilizástigui Dupuy, Roberto Douglas Pedroso, Cosme Ordóñez Carceller, Mercedes Batule Batule, José Jordán Rodríguez, Ernesto de la Torre Montejo, José E. Álvarez Hernández, Sergio Rabell Hernández, Rodrigo Álvarez Cambra, Magali Caraballoso Hernández, José Baudilio Jardines Méndez, Raimundo LLanio Navarro, Benito Pérez Maza, Raúl Lázaro Riverón Corteguera, Ramón Syr Salas Perea y Alcides Ochoa Alonso.

También agradecemos a los profesores José Ángel Fernández Sacasas, María del Carmen Amaro Cano, Nilda Lucrecia Bello Fernández, Francisco Rojas Ochoa, Gregorio Delgado García, Alfredo Espinosa Brito, Juan Manuel Diego Cobelo, Juan Vela Valdés y José Díaz Novas, 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 tres primeras ediciones y ahora intervinieron en la preparación de esta cuarta edición con sus críticas, sugerencias y, en algunas ocasiones, sus aportes.

En esta edición se renueva un grupo grande de autores y colaboradores. Sincera gratitud a ellos y a los asesores que aceptaron participar nuevamente o se incorporaron en la preparación del libro y respetaron el principio de trabajar las competencias y no pasar las fronteras de la especialidad.

Dedicamos unas líneas de recordación y reconocimiento a quienes estaban participando con tesón en esta edición y ya no están físicamente entre nosotros, principalmente a la profesora Griselda Hernández Cabrera quién siempre fue un ejemplo de la ética científica y el respeto a la propiedad intelectual. Esta edición es un homenaje a ella.

Gracias al Ministerio de Salud Pública de Cuba y a la Editorial Ciencias Médicas (Ecimed) del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas 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 cuarta edición corregida y ampliada. A todo el personal de Ecimed que una vez más acogió este libro con mucho entusiasmo, dedicación y amor. Especial gratitud a los que nos acompañaron durante estos más de 20 años en ediciones anteriores, la editora Tania Sánchez Ferrán, el diseñador Luciano Ortelio Sánchez Núñez y el fotógrafo Héctor Sanabria Orta.

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 atención médica integral a nuestra población, virtud que lamentablemente no siempre se encuentra en profesionales fuera de la atención primaria de salud. Aprovechamos esta oportunidad para hacerles saber a ellos, a los estudiantes, residentes, especialistas y profesores, cuánta satisfacción y estímulo nos han proporcionado con su testimonio.

Los autores

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Índice general

Tomo I. Salud y medicina. Vol. 1

Salud pública

Capítulo 1. La salud pública en Cuba
Capítulo 2. Antecedentes de la atención primaria de salud en Cuba

Medicina general integral: ciencia y humanismo

Capítulo 3. La ciencia y el 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. Conducta ética del médico de familia

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. Estrategia de salud universal, objetivo de desarrollo sostenible
Capítulo 10. Resurrección de la atención primaria de salud
Capítulo 11. Medicina familiar en el mundo: historia, presente y futuro
Capítulo 12. Medicina general integral en Cuba
Capítulo 13. Dispensarización
Capítulo 14. Ingreso en el hogar

Salud

Capítulo 15. Determinantes sociales de la salud
Capítulo 16. Modo, condiciones y estilos de vida
Capítulo 17. Promoción de salud
Capítulo 18. Herramientas de la promoción de salud
Capítulo 19. Comunicación en salud y técnicas de educación sanitaria

Atención a la salud

Capítulo 20. Género y salud
Capítulo 21. Municipios y entornos por la salud
Capítulo 22. Salud familiar
Capítulo 23. Salud escolar
Capítulo 24. Salud mental
Capítulo 25. Salud bucal
Capítulo 26. Salud sexual y reproductiva
Capítulo 27. Sexualidad y trastornos sexuales
Capítulo 28. Crecimiento y desarrollo
Capítulo 29. Higiene personal

Medioambiente

Capítulo 30. Salud ambiental
Capítulo 31. Control de la contaminación del aire
Capítulo 32. Control del agua para consumo humano
Capítulo 33. Control de los alimentos
Capítulo 34. El suelo y el control sanitario de los desechos sólidos
Capítulo 35. Control de excretas y residuales líquidos
Capítulo 36. Control de vectores
Capítulo 37. Higiene de la vivienda y sus alrededores

Alimentación y nutrición

Capítulo 38. Generalidades sobre alimentación y nutrición
Capítulo 39. Alimentación y nutrición en la embarazada
Capítulo 40. Lactancia materna
Capítulo 41. Alimentación y nutrición del niño menor de 2 años
Capítulo 42. Alimentación y nutrición del niño en edad preescolar
Capítulo 43. Alimentación y nutrición del niño en edad escolar y hasta los 11 años
Capítulo 44. Alimentación y nutrición en la adolescencia
Capítulo 45. Alimentación y nutrición del adulto
Capítulo 46. Alimentación y nutrición del adulto mayor

Tomo I. Salud y medicina. Vol. 2

Cuidados preventivos

Capítulo 47. Factores de riesgo y prevención
Capítulo 48. Vacunas e inmunización

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 49. Pesquisa activa
Capítulo 50. Prevención cuaternaria

Genética y asesoramiento genético en la atención primaria de salud

Capítulo 51. Enfermedades genéticas y defectos congénitos
Capítulo 52. Riesgo genético preconcepcional

Atención ambiental e integral a grupos poblacionales

Capítulo 53. Atención primaria ambiental
Capítulo 54. Atención prenatal
Capítulo 55. Atención al niño
Capítulo 56. Atención al adolescente
Capítulo 57. Atención al adulto
Capítulo 58. Atención al trabajador
Capítulo 59. Atención en centros laborales
Capítulo 60. Atención en centros educacionales
Capítulo 61. Atención al adulto mayor
Capítulo 62. Control del cáncer en el nivel primario de salud
Capítulo 63. Atención al paciente en estadio terminal

Familia

Capítulo 64. La familia en el ejercicio de la medicina general integral
Capítulo 65. Salud familiar
Capítulo 66. La familia en el proceso salud-enfermedad
Capítulo 67. La entrevista familiar
Capítulo 68. Enfoque e intervención familiar en la atención sanitaria integral
Capítulo 69. Tratamiento a la familia
Capítulo 70. Orientación a la familia
Capítulo 71. Atención a la familia del paciente en estadio terminal
Capítulo 72. Historia de salud familiar
Capítulo 73. Planificación familiar y anticoncepción
Capítulo 74. Pareja infértil e infertilidad
Capítulo 75. Riesgo reproductivo

Comunidad

Capítulo 76. Participación comunitaria, social y popular
Capítulo 77. Análisis de la situación de salud
Capítulo 78. Diagnóstico comunitario de salud mental

Capítulo 79. Participación popular en el análisis de la situación de salud
Capítulo 80. Técnicas participativas en el análisis de la situación de salud
Capítulo 81. Trabajo comunitario integrado
Capítulo 82. Programa de promoción y educación para la salud

Tomo I. Salud y medicina. Vol. 3

Atención a las necesidades de salud colectiva y las enfermedades profesionales

Capítulo 83. Epidemiología en la atención primaria de salud
Capítulo 84. Demografía en la atención primaria de salud
Capítulo 85. Enfermedades profesionales más frecuentes

Gestión en el ejercicio de la medicina general integral

Capítulo 86. Organización y funcionamiento del consultorio médico de familia
Capítulo 87. Actuación y responsabilidad médico-legal en la atención primaria de salud

Situaciones excepcionales. Medicina de desastres

Capítulo 88. Planificación para situaciones especiales
Capítulo 89. Aseguramiento médico en situaciones especiales
Capítulo 90. Salud mental en situaciones de desastres

Atención al paciente con deficiencia, limitación y restricción

Capítulo 91. Rehabilitación en la comunidad
Capítulo 92. Rehabilitación psicosocial en la atención primaria de salud

Docencia, investigación e información en la atención primaria de salud

Capítulo 93. Proceso de enseñanza-aprendizaje en el nivel primario de salud
Capítulo 94. Investigación en la atención primaria de salud
Capítulo 95. Gestión de la información en ciencias de la salud

Técnicas diagnósticas y terapéuticas

Capítulo 96. Cultura física terapéutica y profiláctica
Capítulo 97. Medicina natural y tradicional en el primer nivel de atención
Capítulo 98. Exámenes de laboratorio y valores de referencia

ECIMED PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Tomo II. Principales afecciones en los contextos familiar y social. Vol. 1

Lesiones a la salud

Capítulo 99. Accidentes

Capítulo 100. Violencia

Capítulo 101. Violencia intrafamiliar

Capítulo 102. Maltrato infantil

Afecciones del sistema respiratorio

Capítulo 103. Afecciones de la nariz, senos paranasales, faringe, laringe y oídos

Capítulo 104. Afecciones respiratorias

Afecciones del sistema cardiovascular

Capítulo 105. Afecciones cardiacas

Capítulo 106. Afecciones vasculares

Afecciones del sistema digestivo

Capítulo 107. Afecciones bucodentales

Capítulo 108. Afecciones digestivas y de la cavidad abdominal

Afecciones del sistema genitourinario

Capítulo 109. Afecciones genitourinarias

Capítulo 110. Afecciones ginecológicas

Obstetricia y situaciones propias de la mujer

Capítulo 111. Afecciones propias y ligadas al embarazo

Capítulo 112. Parto y puerperio normal

Capítulo 113. Traumatismos del nacimiento

Afecciones del sistema hemolinfopoyético

Capítulo 114. Síndrome anémico

Capítulo 115. Síndrome adénico

Capítulo 116. Síndrome purpúrico-hemorrágico

Capítulo 117. Neutropenias

Tomo II. Principales afecciones en los contextos familiar y social. Vol. 2

Afecciones metabólicas y endocrinas

Capítulo 118. Amenorreas
Capítulo 119. Afecciones de la glándula tiroides
Capítulo 120. Afecciones del páncreas
Capítulo 121. Alteraciones de los lípidos

Afecciones de los ojos

Capítulo 122. Disminución de la capacidad visual
Capítulo 123. Afecciones inflamatorias y traumáticas

Afecciones del sistema nervioso central

Capítulo 124. Cefaleas
Capítulo 125. Enfermedad cerebrovascular
Capítulo 126. Epilepsias
Capítulo 127. Neuropatías periféricas
Capítulo 128. Síndrome parkinsoniano y enfermedad de Parkinson
Capítulo 129. Parálisis facial periférica

Afecciones musculoesqueléticas

Capítulo 130. Afecciones articulares y del tejido conectivo
Capítulo 131. Afecciones ortopédicas y traumatismos
Capítulo 132. Lesiones traumáticas del sistema osteomioarticular

Principales problemas de salud mental

Capítulo 133. Trastornos específicos del aprendizaje
Capítulo 134. Déficit de atención por hiperactividad
Capítulo 135. Trastornos de la eliminación
Capítulo 136. Trastornos del sueño
Capítulo 137. Trastornos de la conducta alimentaria
Capítulo 138. Tics
Capítulo 139. Trastornos de adaptación
Capítulo 140. Retraso mental
Capítulo 141. Autismo
Capítulo 142. Afecciones más frecuentes de la psiquis

Capítulo 143. Alcoholismo y otras adicciones
Capítulo 144. Conducta suicida
Capítulo 145. Urgencias psiquiátricas
Capítulo 146. Comorbilidad en afecciones de la psiquis
Capítulo 147. Terapéutica psiquiátrica

Enfermedades infecciosas

Capítulo 148. Arbovirosis
Capítulo 149. Afecciones causadas por virus
Capítulo 150. Afecciones causadas por bacterias
Capítulo 151. Afecciones causadas por parásitos

Otros problemas de salud prevalentes

Capítulo 152. Afecciones por exceso y por defecto
Capítulo 153. Afecciones mamarias
Capítulo 154. Afecciones de la piel y las uñas
Capítulo 155. Aterosclerosis
Capítulo 156. Síndrome metabólico
Capítulo 157. Síndrome de fatiga crónica
Capítulo 158. Abdomen agudo

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Índice de contenidos

Cuidados preventivos

Capítulo 47. Factores de riesgo y prevención / 3
Salud y enfermedad / 3
Riesgos / 4
Clasificación de los factores de riesgo / 5
Estrategias para la prevención / 7
Bibliografía / 11

Capítulo 48. Vacunas e inmunización / 12
Inmunidad-inmunización / 12
Tipos de vacunas y sus componentes / 13
Maduración del sistema inmunitario / 14
Contraindicaciones y reacciones secundarias / 14
Esquema de inmunización en Cuba / 15
Vigilancia de eventos adversos / 17
Datos sobre las vacunas y su comportamiento / 17
Candidatos vacunales contra la COVID-19 / 19
Bibliografía / 20

Capítulo 49. Pesquisa activa / 21
Interrogantes para el desarrollo de la pesquisa activa / 21
Pesquisa activa y método clínico / 22
Acciones de pesquisa más frecuentes / 23
Dispensarización / 24
Bibliografía / 24

Capítulo 50. Prevención cuaternaria / 26
Evolución histórica y definiciones / 26
Método clínico / 27
Bibliografía / 27

Genética y asesoramiento genético en la atención primaria de salud

Capítulo 51. Enfermedades genéticas y defectos congénitos / 31
Enfermedades genéticas / 31
Árbol genealógico / 33
Herencias mendelianas / 34
Defectos congénitos / 35

Etiología, características y origen / 35
Aberraciones cromosómicas no balanceadas / 38
Defectos congénitos de etiología monogénica / 39
Anomalías del desarrollo sexual / 39
Defectos congénitos de herencia multifactorial / 41
Defectos congénitos de etiología ambiental / 42
Discapacidad intelectual / 44
Etiológia genética / 44
Aberraciones cromosómicas / 46
Discapacidad intelectual de etiología genética monogénica / 46
Discapacidad intelectual no sindrómica / 49
Discapacidad intelectual de herencia multifactorial / 49
Discapacidad intelectual debida a factores ambientales prenatales / 49
Discapacidad intelectual prenatal inespecífica e inclasificable / 50
Discapacidades visuales de origen genético / 50
Discapacidades intelectuales que causan ceguera o debilidad visual / 51
Discapacidad intelectual de origen genético de comienzo posnatal / 53
Discapacidades auditivas / 56
Discapacidades motoras / 57
Discapacidades motoras no progresivas por defectos congénitos de las extremidades / 57
Discapacidades motoras progresivas / 58
Distrofias musculares / 59
Defectos motores progresivos por enfermedades heredometabólicas / 60
Genodermatosis / 61
Fallas reproductivas / 64
Bibliografía / 67

Capítulo 52. Riesgo genético preconcepcional / 69
Identificación del riesgo genético preconcepcional / 69
Enfermedades genéticas de herencia mendeliana / 71
Enfoque del riesgo genético en condiciones con herencia autosómica dominante / 71
Enfoque del riesgo genético en condiciones con herencia autosómicas recesivas / 72
Enfermedades con herencias ligadas al cromosoma X dominantes y recesivas / 72
Enfermedades genéticas cromosómicas / 73
Condiciones que presentan herencia multifactorial / 73
Herencia multifactorial y enfermedades comunes / 74
Prevención primaria / 75
Prevención secundaria / 76
Prevención terciaria / 80
Asesoramiento genético / 80
Repercusión psicológica en las personas afectadas / 81
Bibliografía / 83

Atención ambiental e integral a grupos poblacionales

Capítulo 53. Atención primaria ambiental / 87
Cambio climático y actividad humana / 87
Medioambiente y desarrollo sostenible / 87
Cambio climático y salud / 88
Atención primaria de salud y atención primaria ambiental / 90
Bibliografía / 91

Capítulo 54. Atención prenatal / 92
Definición, objetivos y características / 92
Cronología y conducta durante la gestación normal / 94
Consulta de captación o primera consulta / 94
Identificación del riesgo genético preconcepcional / 96
Captación / 98
Historia clínica obstétrica / 99
Diagnóstico de embarazo y cálculo de la edad gestacional / 100
Indicaciones / 102
Actividad de promoción de salud / 102
Consulta de evaluación / 102
Seguimiento en reconsultas / 103
Curva de peso / 103
Curva de altura uterina / 104
Curva de tensión arterial / 105
Aspectos imprescindibles en cada control prenatal para gestantes normales / 106
Bibliografía / 108

Capítulo 55. Atención al niño / 109
Puericultura del recién nacido / 109
Atención al recién nacido normal / 110
Atención al recién nacido pretérmino y de bajo peso / 113
Atención a las alteraciones en el periodo neonatal / 115
Alteraciones nutricionales / 115
Alteraciones digestivas / 116
Alteraciones hematológicas / 116
Alteraciones urogenitales / 116
Alteraciones umbilicales / 117
Alteraciones en piel y tegumentos / 117
Alteraciones oculares / 117
Infecciones neonatales / 117
Atención a lactantes, preescolares y escolares / 118
Valoración sanitaria / 118
Intervención / 120
Programa de Atención Materno Infantil / 122
Bibliografía / 122

Capítulo 56. Atención al adolescente / 124
Etapas de la adolescencia / 124
Valoración sanitaria / 125
Atención ginecológica a la adolescente / 127
Intervención / 127
Bibliografía / 130

Capítulo 57. Atención al adulto / 131
Particularidades de la atención por grupos de población / 131
Valoración sanitaria / 131
Intervención / 133
Factores de riesgo asociados a las enfermedades con elevada prevalencia / 134
Pesquisa de enfermedades / 135
Bibliografía / 137

Capítulo 58. Atención al trabajador / 138
Factores de la tríada en la salud ocupacional / 138
Accidentes de trabajo / 139
Protección e higiene del trabajo / 139
Chequeo médico al trabajador / 140
Discapacidad en el trabajador / 141
Rehabilitación al trabajador / 142
Bibliografía / 143

Capítulo 59. Atención en centros laborales / 144
Funciones del médico de familia / 144
Promoción de salud / 145
Prevención / 145
Atención médica / 146
Rehabilitación / 146
Docencia e investigación / 146
Bibliografía / 146

Capítulo 60. Atención en centros educacionales / 148
Funciones del médico de familia ubicado en las escuelas / 148
Promoción de salud / 149
Prevención / 149
Atención médica / 150
Rehabilitación / 150
Docencia e investigación / 150
Funciones del médico ubicado
en círculos infantiles / 151
Promoción de salud / 151
Prevención / 152
Atención médica / 152
Rehabilitación / 152
Docencia e investigación / 153
Bibliografía / 153

Capítulo 61. Atención al adulto mayor / 154
Envejecimiento poblacional en el contexto mundial / 154
Envejecimiento en la población cubana / 154
Caracterización epidemiológica del envejecimiento / 155
Prevención de problemas de salud / 156
Evaluación de la salud en el adulto mayor / 160
Examen periódico de salud / 160
Grandes síndromes geriátricos / 163
Fragilidad / 163
Caídas / 165
Síndrome de inmovilidad / 167
Incontinencia urinaria / 169
Depresión / 172
Deterioro cognitivo y demencia / 174
Estado de confusión agudo / 179
Problemas relacionados con el uso de fármacos en los adultos mayores / 180
Bibliografía / 182

Capítulo 62. Control del cáncer en el nivel primario de salud / 183
Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención / 184
Control del cáncer en Cuba / 185
Cáncer cervicouterino / 187
Cáncer de pulmón / 188
Cáncer de próstata / 189
Cáncer de colon / 190
Cavidad oral / 191
Cáncer en etapa infantojuvenil / 193
Cáncer de mama / 194
Cáncer de piel / 196
Signos de alarma en el cáncer / 197
Bibliografía / 197

Capítulo 63. Atención al paciente en estadio terminal / 198
Enfermedad terminal / 198
Cuidados paliativos / 199
Atención a los síntomas principales en el nivel primario de atención / 200
Disnea / 200
Tos / 200
Hipo / 201
Síntomas gastrointestinales / 201
Anorexia / 201
Caquexia / 201
Síntomas neuropsicológicos / 202
Síntomas urinarios / 203
Cuidado de la piel / 203

Fiebre tumoral / 203
Cuidados de la boca / 203
Convulsiones / 203
Comunicación y apoyo familiar / 204
Bibliografía / 204

Familia

Capítulo 64. La familia en el ejercicio de la medicina general integral / 207
Procesos materiales y espirituales en la familia / 207
Familia como categoría psicológica / 208
Familia como sistema / 208
Funciones de la familia en la salud y la enfermedad / 210
Estructura de la familia / 211
Representación gráfica / 212
Situación actual de la familia cubana / 215
Ciclo vital de la familia y crisis familiares / 217
Etapas del ciclo vital / 218
Momentos de crisis normativas / 221
Crisis no transitorias / 222
Funcionamiento y salud familiar / 223
Evaluación / 223
Bibliografía / 227

Capítulo 65. Campo de la salud familiar / 229
Condicionamiento sociopsicológico de la salud / 229
Función reguladora de la familia en la salud / 230
Psicología de las relaciones familiares / 231
Salud del grupo familiar / 232
Dimensiones configurativas / 233
Relación entre las dimensiones configurativas / 236
Inventario de problemas de salud del grupo familiar / 238
Bibliografía / 241

Capítulo 66. La familia en el proceso salud-enfermedad / 242
La familia en la promoción de salud y la prevención de enfermedades / 243
La familia en el tratamiento de la enfermedad / 245
La familia en el proceso de rehabilitación y muerte / 248
Bibliografía / 250

Capítulo 67. La entrevista familiar / 251
Objetivos y particularidades / 251
Elementos importantes para su aplicación / 251
Respeto a los principios éticos / 251
Neutralidad del equipo de salud para con la familia / 252
Carácter circular del proceso comunicativo / 252
Planificación de condiciones / 252

ECIMED PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Etapas de la entrevista / 253
Bibliografía / 255

Capítulo 68. Enfoque e intervención familiar en la atención sanitaria integral / 256
Aplicaciones del enfoque familiar en la salud / 258
Intervención psicológica familiar / 260
Intervención educativa / 261
Intervención terapéutica / 266
Bibliografía / 268

Capítulo 69. Tratamiento a la familia / 269
Diferencias entre terapia familiar y terapia de grupo / 269
Prerrogativas, indicaciones, contraindicaciones y resistencias / 270
Evaluación y diagnóstico de la familia / 273
Definición de objetivos y diseño de la estrategia / 275
Esquema para trazar la estrategia / 276
Proceso de intermediación / 278
Bibliografía / 282

Capítulo 70. Orientación a la familia / 283
Mejorar la disciplina / 283
Crear confianza / 284
Capacidad para resolver problemas / 285
Utilizar el humor para enfrentar o expresar algo / 286
Escuchar de forma activa / 286
Control emocional / 286
Integrarse a los grupos o colectivos / 287
Destacar el valor del aprendizaje / 288
Estimular que los niños expresen sus sentimientos / 288
Contrarrestar los factores de riesgo / 289
Enfoque de resiliencia / 289
Promover los factores protectores / 291
Enfrentar la muerte / 293
Bibliografía / 296

Capítulo 71. Atención a la familia del paciente en estadio terminal / 297
La familia del paciente en estadio terminal / 297
Comportamiento de familiares cuidadores / 297
Evolución de la actitud familiar / 297
Orientaciones a la familia / 298
Asesoramiento al duelo / 299
Bibliografía / 299

Capítulo 72. Historia de salud familiar / 300
Modelo Historia de salud familiar / 300
Instrucciones para el llenado y revisión / 300
Bibliografía / 302
Anexo 72.1. Modelo 54-50-01 de historia de salud familiar / 303

Capítulo 73. Planificación familiar y anticoncepción / 304
Servicios de planificación familiar / 304
Organización de los servicios / 305
Calidad en los servicios de planificación familiar / 305
Anticoncepción / 307
Métodos anticonceptivos / 308
Elección del método anticonceptivo / 313
Anticoncepción en la adolescencia / 314
Bibliografía / 315

Capítulo 74. Pareja infértil e infertilidad / 317
Clasificación y etiología de la infertilidad / 317
Infertilidad femenina / 317
Infertilidad masculina / 320
Factores predisponentes en parejas cubanas / 321
Diagnóstico y seguimiento / 321
Acciones para prevenir la infertilidad / 323
Tratamiento de la infertilidad en el área de salud / 324
Bibliografía / 325

Capítulo 75. Riesgo reproductivo / 326
Riesgo preconcepcional / 326
Factores de riesgo / 326
Riesgo obstétrico / 327
Relación factor de riesgo-daño / 328
Elementos de la atención prenatal / 329
Identificación y clasificación del riesgo obstétrico / 329
Riesgo perinatal / 330
Acciones para mejorar la salud materno-infantil en la etapa preconcepcional / 332
Bibliografía / 335

Comunidad

Capítulo 76. Participación comunitaria, social y popular / 339
Participación comunitaria / 339
Participación social / 339
Participación popular / 340
Bibliografía / 341

Capítulo 77. Análisis de la situación de salud / 343
Vigencia / 343
Informe técnico / 345
Toma de decisiones / 345
Participación comunitaria / 346

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Elementos esenciales / 347
Bibliografía / 347

Capítulo 78. Diagnóstico comunitario de salud mental / 349
Examen preliminar / 349
Esquema general / 350
Características de la comunidad / 350
Información sobre salud y enfermedad / 351
Condiciones de riesgo identificables / 351
Recursos de la comunidad / 351
Determinación de prioridades y estrategias de intervención / 352
Método del mapa de riesgos y recursos / 352
Método DNR / 353
Bibliografía / 355

Capítulo 79. Participación popular en el análisis de la situación de salud / 357
Identificación y priorización de problemas / 357
Problemas y necesidades / 357
Determinación de prioridades / 358
Plan de acción / 358
Supervisión y evaluación / 359
Bibliografía / 360

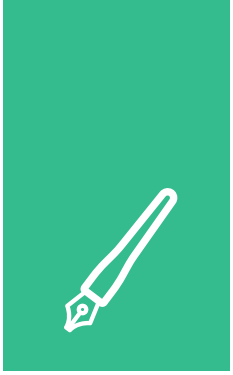
Capítulo 80. Técnicas participativas en el análisis de la situación de salud / 361
Técnicas cualitativas / 362
Dinámica de grupo / 363
Técnicas de aproximación a los problemas / 364
Técnicas para identificar problemas / 370
Técnicas para identificación y análisis causal de los problemas / 372
Técnicas para priorización de problemas / 373
Técnicas de análisis de posibles soluciones a los problemas / 374
Técnicas de opinión de expertos / 376
Algunas consideraciones éticas imprescindibles / 377
Bibliografía / 378

Capítulo 81. Trabajo comunitario integrado / 379
Escenario estratégico / 379
Lugar y papel de las comunidades en Cuba / 380
Situación actual / 380
Principios, métodos y objetivos / 381
Bibliografía / 383

Capítulo 82. Programa de promoción y educación para la salud / 384
Planificación / 384
Diagnóstico educativo / 385

Objetivos / 385
Diseño de los mensajes / 385
Evaluación / 386
Programa educativo / 387
Evaluación desde la educación popular / 389
Acercamiento teórico / 390
Criterios evaluativos / 390
Bibliografía / 397

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN



(…) 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

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Cuidados preventivos

Capítulo 47. Factores de riesgo y prevención
Capítulo 48. Vacunas e inmunización
Capítulo 49. Pesquisa activa
Capítulo 50. Prevención cuaternaria

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 47
Factores de riesgo y prevención

José Antonio Montano Luna y María Mercedes Sarduy Faulin

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

La acción de prevención comienza con la existencia o presunta presencia de una amenaza, una enfermedad o un riesgo ambiental y busca la protección de cuantas personas sea posible; se dirige a evitar sus consecuencias adversas a la salud. 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. Colabora con el mantenimiento de la salud y establece barreras a los factores que determinan o favorecen la ocurrencia de estas enfermedades, así como busca lograr un diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación oportuna para evitar o limitar la invalidez que pueda ocasionar.

Un enfoque preventivo tiene como base la conservación, el cuidado y la restauración de la salud, lo que representa a su vez una incuestionable reducción de costos en salud, ya que resulta más caro el tratamiento, control y rehabilitación que la prevención de cualquier problema de salud. Los servicios de salud en Cuba han aumentado su cobertura y han mejorado notablemente en organización y calidad. Ciertas iniciativas basadas en un enfoque de riesgo, combinan acciones curativas tradicionales con otras de tipo preventivo y de promoción de salud. A la combinación coherente y sistemática de estos dos enfoques se suma la reorientación de los servicios de salud, la que ya cobra relevancia en la literatura internacional en el campo de la salud pública.

¿Por qué ante situaciones similares unos enferman y otros no? o, teniendo iguales situaciones patológicas, ¿unos se complican y otros no? ¿por qué unos viven una vida prolongada, sana y feliz, mientras que otros ven frustradas sus expectativas en este mundo por las enfermedades y la muerte? ¿Por qué varían en las distintas zonas geográficas las principales causas de enfermedad y muerte? Como síntesis de estas interrogantes surge la preocupación sobre cuáles serían los factores que determinan la conservación de la vida y de la vida con salud.

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

Salud y enfermedad

La adecuada interpretación de los factores de riesgo permite al profesional de la salud el enfrentamiento adecuado para lograr la conservación de la salud. En la actualidad no existe consenso en la definición de salud. Ha pasado desde el concepto primario de ausencia de enfermedad hasta el emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la concibe como "el pleno bienestar físico, mental y social del individuo".

El proceso salud-enfermedad expresa la unidad de lo natural y lo social en el hombre, incluye a la contaminación, al miedo, etc. Hay factores de la vida que influyen en la biología humana y se reflejan en ese proceso. El cuadro de las principales causas de muerte sufre variaciones por la influencia del medio, por lo que hoy es mayor la necesidad de enfocar ambos aspectos (influencia del hombre y de la sociedad en el medio natural y a la inversa).

El ejercicio de la ciencia médica en cualquier nivel de atención es un arte en el que influye la profesionalidad médica. Resulta meritorio aplicar la tecnología de avanzada para curar a un enfermo y salvarlo de la enfermedad o la muerte, pero es más meritorio el hecho de detectar la amenaza, anunciar la llegada del peligro, reconocer la señal, el detonante, la alarma, y de esta manera no llegar a enfermar o a complicarse la enfermedad, y mucho menos a morir. Jean Hamburger (médico y ensayista francés 1909-1992) dijo "Puedo imaginar un tiempo en que los trasplantes de órganos no sean necesarios porque se sabrá prevenir o curar la enfermedad mucho antes de tener necesidad de un trasplante".

En los últimos años el vertiginoso desarrollo de la epidemiología fortaleció la tendencia a utilizar el término enfoque de riesgo, para planificar y organizar decisiones colectivas e individuales para la conservación de la salud. Esta estrategia deriva del conocimiento sobre los factores determinantes de enfermedades, y entre sus propósitos está la adopción de medidas apropiadas para evitar sus efectos perjudiciales. Si una persona tiene niveles altos de colesterol sérico, es un gran fumador o tiene alto consumo de sal, es posible reducir los riesgos de enfermedad cardiovascular o respiratoria en la medida en que disminuya su exposición a tales factores de riesgo. Por ejemplo, el tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial es la acción de salud curativa. Mediante la reducción de los factores determinantes de la aparición y desarrollo de la enfermedad se procura la mejoría del enfermo.

Es de gran interés para la salud pública identificar los factores de riesgo, con ello se posibilita su manejo y se impide o interrumpe el desarrollo de una afección y sus consecuencias. La disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas ha estado determinada, en muchos países, 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 y se imbrica de forma significativa en programas de salud ocupacional, salud ambiental, enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros.

Riesgos

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, que este pueda suceder o no. Los factores de riesgo son el conjunto de fenómenos de los cuales depende esta probabilidad. Es 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.

En su surgimiento la medicina clínica estaba ligada a la enfermedad. No se tenían en cuenta entonces aspectos de profilaxis y promoción de salud; solo preocupaba la curación y el alivio, y el consuelo si esta no era posible. La idea fue superada por la concepción de la medicina como una ciencia social, unida a las tareas de la sociedad y las comunidades, así es como el objetivo de promover salud, prevenir y curar enfermedades y rehabilitar enfermos comenzó a imponerse. Por otra parte, el avance científico y tecnológico de la medicina no ha sido capaz de resolver de forma significativa los problemas de salud colectiva. Por ejemplo, si en los países no desarrollados se considera como única alternativa el uso de alta tecnología, serían necesarios cuantiosos recursos para tratar mediante diálisis renal un aproximado de 100 nuevos pacientes por millón de habitantes anualmente.

Por estas razones, una estrategia de prevención debe dar máxima prioridad a la lucha contra los factores de riesgo, establecer la probable relación causal entre determinada condición y el daño provocado.

Para que una condición pueda considerarse como factor de riesgo es indispensable que cumpla 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 periodo 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 factores de riesgo cuando estos son de origen endógeno o exógeno y pueden ser modificados (Ej.: 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 (Ej.: 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 (véase el capítulo 77, "Análisis de la situación de salud").

Clasificación de los factores de riesgo

Los factores de riesgo se han clasificado de acuerdo con diversos criterios; entre ellos si son mayores o menores, si es fuerte su asociación y consistencia con la aparición del efecto posible y si son modificables o no modificables, o si es posible cambiarlos con medidas de salud o no.

Para su mejor comprensión es posible clasificarlos de acuerdo con su origen:

– 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 LDH bajos.
  - Hipertensión arterial alta.
  - Diabetes *mellitus*.

– Ambientales:
  - Aire.
  - Agua.
  - Suelo.

– Socioeconómicos:
  - Situación laboral.
  - Ingresos.
  - Nivel educacional.
  - Pérdidas familiares.

Otras clasificaciones de los factores de riesgo se realizan atendiendo al tiempo de actuación y la probabilidad de daño (permanente, acumulativo, ocasional), la posibilidad de actuar sobre el factor (modificable y no modificable) y según la población que afecta (individual o grupal).

Existen otros factores de riesgo cuyas consideraciones aún se hallan bajo investigación.

Emociones y personalidad: Se sigue debatiendo acerca de este tema sin llegar a conclusiones definitivas. La mayoría de las personas 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 incrementan 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 cardiacos y niveles altos de lipoproteína-a pueden beneficiarse del remplazo hormonal.

Homocisteína elevada: Existe una gran controversia en la actualidad con este tema. Algunos investigadores consideran que será reconocida pronto como un factor de riesgo mayor para el desarrollo de ateroesclerosis. Existen estudios que han demostrado que niveles altos de homocisteína aumentan la incidencia de enfermedad cardiaca, enfermedad vascular cerebral y la formación de trombos venosos. Sin embargo, su confirmación definitiva como factor de riesgo para el desarrollo de ateroesclerosis requiere de un estudio a gran escala, que está pendiente y podría tomar años. Lo que la hace tan interesante para los médicos es que la homocisteína puede ser manipulada fácil 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: Es un factor sumamente controversial por el momento, pero cada día se acumula más información que relaciona cierto tipo de infecciones con ateroesclerosis. El organismo más incriminado como posible causa es una bacteria llamada Chlamydia pneumoniae que tiene 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 antibióti-

cos 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, los pacientes que sufren de angina de pecho tienen un mayor riesgo de sufrir un evento mayor o un infarto al corazón.

La proteína C-reactiva no se considera oficialmente un factor de riesgo, pero se emplea cada vez con mayor frecuencia en pacientes internados con angina inestable. El empleo de aspirina puede ayudar a disminuir sus niveles.

Factores de riesgo en las enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles constituyen las primeras causas de muerte en Cuba. Se registra una alta prevalencia y una creciente incidencia de varias de ellas, hecho también común en muchos países, especialmente en aquellos de mayor desarrollo. La atención a estas enfermedades se convierte en un objetivo estratégico de alta prioridad para la salud pública cubana (véase el capítulo 77). Los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles han sido muy estudiados debido a su magnitud y a la tendencia a nivel mundial.

Principales factores de riesgo para algunas de las enfermedades no transmisibles:

– 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 %), sedentarismo (para el tipo II), antecedentes familiares (para el tipo I), familiar de primer grado diabético (para el tipo I) y consumo inadecuado de algunos medicamentos (corticoides, contraceptivos hormonales, difenilhidantoína y betabloqueadores).
– 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: hipertensión arterial, hábito de fumar, sedentarismo, obesidad, cifras altas de colesterol y diabetes *mellitus*.

En un estudio reciente realizado en México (1990-2017) los factores de riesgo que más afectaron a los hombres (35,6 años de vida perdidos) fueron sobrepeso/obesidad, niveles de glucosa en sangre y de presión arterial elevados, consumo de alcohol y tabaco. En las mujeres el sobrepeso/obesidad, glucosa elevada, hipertensión arterial, baja actividad física y el consumo de alcohol y tabaco fueron los responsables del 40 % de los años de vida perdidos. Estos datos demuestran que el panorama epidemiológico en México demanda una urgente adecuación y modernización del sistema de salud, en el que prime un trabajo mantenido sobre estos factores de riesgos que ayude a disminuir la prevalencia de estas enfermedades.

En el capítulo 51, "Enfermedades genéticas y defectos congénitos", se describen los factores de riesgo asociados a las enfermedades con elevada morbilidad y mortalidad.

Factores de riesgo en 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, están prácticamente vencidas. Es cierto que la mortalidad y la morbilidad por muchas de estas causas han disminuido de forma considerable, incluso algunas como la viruela ha sido erradicada a escala mundial (véase el capítulo 77). 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 mutación, resistencia e interacción, que hacen más complejo el panorama y contribuyen a agravar la situación; también, 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 figura en primer término la pobreza, la que a su vez se asocia con una serie de factores específicos como la disponibilidad de agua potable y de sistemas adecuados de eliminación de residuales, hacinamiento, calidad de vivienda y 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:

– Reservorio (fuente de infección): hombre o animal enfermo o portador (sangre, heces, orina y exudados mucosos):
  • Diagnóstico precoz.
  • Reporte de caso (tarjeta de enfermedades de declaración obligatoria).
  • Tratamiento oportuno.
  • Aislamiento.
  • Vigilancia.
  • Historia epidemiológica.
  • Educación sanitaria.
– Vía de transmisión (vía de infección: respiratoria, genitourinaria, digestiva, por vectores, sexual, cutánea, placentaria). Aquí se incluyen los vehículos de infección y medios de transmisión como agua, alimento, polvo, aire, contactos, artrópodos, suelo, roedores y otros vectores:
  • Saneamiento ambiental.
  • Desinfección terminal y concurrente.
– Hombre sano o huésped susceptible:
  • Susceptibilidad.
  • Resistencia (inespecífica y especifica o inmunidad).
  • Edad, sexo, raza, ocupación y hábitos de vida.
  • Quimioprofilaxis.
  • Educación sanitaria.

Estrategias para la prevención

El conocimiento de la distribución de los factores de riesgo en diferentes grupos es importante para planificar las políticas de prevención. El propio factor de riesgo puede usarse como indicador para evaluar la eficacia de las intervenciones preventivas. Los programas de prevención están dirigidos a modificar estos factores, por ejemplo el programa de diagnóstico precoz y control de la hipertensión arterial, el programa para la deshabituación del hábito de fumar, entre otros; o pueden estar dirigidos a cambiar las determinantes de los factores de riesgo, como los 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, etcétera.

En Cuba, las acciones de prevención desempeñan un rol prioritario en los programas nacionales de salud, son ejemplo las siguientes:

Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial: Dirigido al control del peso corporal para disminuir la obesidad, al incremento de la actividad física para reducir el sedentarismo, a la eliminación o disminución a niveles no dañinos de la ingestión de alcohol, reducción de la ingesta de grasa, a lograr una adecuada educación nutricional, una ingesta con equilibrio energético y proporcionadora de micronutrientes que favorecen la salud, y a la eliminación del hábito de fumar.

Programa Nacional de Asma Bronquial: Se considera a todo niño con antecedentes alérgicos como caso de riesgo de padecer asma bronquial. Está dirigido a identificar los factores de riesgo de la localidad para promover las acciones de intervención correspondientes, promover educación para la salud en pacientes y familiares sobre el control de la enfermedad; utilizar tratamientos terapéuticos intercrisis incluyendo la rehabilitación respiratoria, la atención psicológica y la medicina natural y tradicional.

Programa Nacional de Prevención y Control de la Cardiopatía Isquémica: Tiene como objetivo la disminución de las grasas saturadas de la dieta, el control de la hipertensión arterial, el control de la diabetes *mellitus*, el control de sobrepeso con ejercicio físico, el control del estrés y de los factores de riesgo laboral.

Programa Nacional de Tuberculosis: Entre sus acciones están la vacunación con BCG (bacilo de Calmette-Guérin), la pesquisa sobre los grupos con alto riesgo de desarrollar una tuberculosis, el control de foco a los contactos de los pacientes con tuberculosis, la quimioprofilaxis a personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la inclusión de la prueba de tuberculina en el examen prempleo y periódico a todo el personal que labore en laboratorios de tuberculosis, sintomático respiratorio de más de 21 días.

Cuatro de las principales enfermedades no transmisibles, 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 prevenirlas, porque los factores causales de riesgo están profundamente enraizados en el entorno sociocultural.

Entre las intervenciones aplicables a toda la población se incluyen como prácticas óptimas las medidas de lucha contra el tabaco y el alcohol. Entre ellas el aumento del gravamen y la prohibición de hacer publicidad y fumar en espacios públicos, así como 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. Comprende 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 47.1).

Tabla 47.1. 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

Prevención primordial. Este nivel de acción es el más recientemente reconocido y desarrollado. Se basa en los nuevos conceptos de riesgo primordial. Su objetivo es evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económicos, culturales 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 de un fuerte componente educativo y formador, individuos con hábitos de vida y conductas esencialmente sanas, las que deben desarrollarse desde las primeras etapas de la vida. 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 resulta beneficiosa entre los individuos con elevadas concentraciones en sangre. Se han propuesto, entonces, metas prácticas para la reducción del 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 comportamien-

to 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. 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 ateroesclerótica 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 para 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 los factores de riesgo determina la necesidad del asesoramiento específico al que está referido. En el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles, al hábito de fumar, al control de la presión arterial, la reducción de colesterol con dieta y, en su caso, con tratamiento farmacológico, actividad física y reducción de peso, control de diabetes, etcétera.

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 están dadas por la dificultad en la identificación de los individuos de alto riesgo.

Prevención secundaria. Se consideran como secundarias 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, tratando de forma adecuada a un enfermo tras un diagnóstico temprano, o detectando a un paciente aparentemente sano o portador después de un examen de salud. Para ello es necesario que se disponga de un método seguro para detectar 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 denominan así 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.

Según los diferentes niveles de prevención señalados, el especialista en medicina general integral desarrolla en la práctica acciones que son la base para un adecuado enfoque preventivo. Ellas tienden a modificar el estilo de vida y las características ambientales de la comunidad, así como a disminuir la prevalencia de los factores de riesgo, de la enfermedad y de las incapacidades.

Dentro de estas acciones se encuentran:

– 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 a los grupos vulnerables de contraer enfermedades de transmisión sexual.
– Vacunar a toda la población.
– Detectar tempranamente síntomas y signos de cáncer.
– Realizar pesquisa activa de afecciones no transmisibles y transmisibles.
– 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.

Se recomienda estudiar la prevención cuaternaria en el capítulo 50.

La figura 47.1 representa un modelo para el control de los factores de riesgo. Se enfoca en dos vertientes, una relacionada con las personas y otra con el personal de salud.

La prevención de los factores de riesgo relacionados con las personas va dirigida a todos los grupos de edades. Se tienen 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.

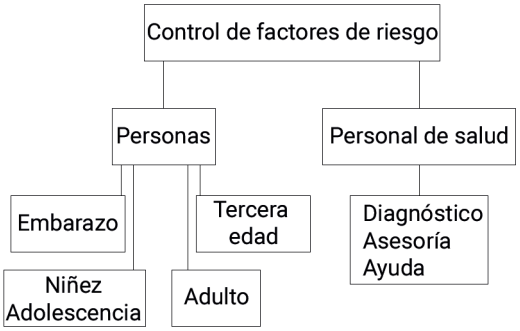


Fig. 47.1. Modelo para el control de los factores de riesgo.

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 los 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. 47.2). Estos tres elementos pueden explicarse, tomando como ejemplo el tabaquismo.

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.

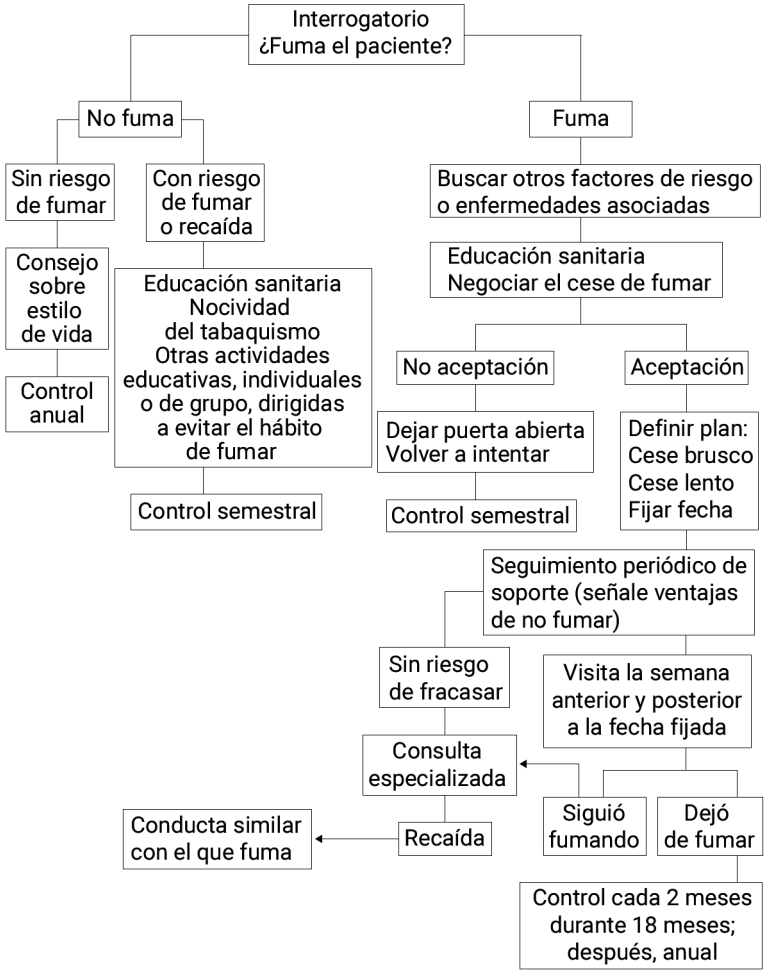


Fig. 47.2. Esquema para el control de factores de riesgo en el tabaquismo.

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. Le mostrará los beneficios o ventajas de no fumar, de aceptar el cese del hábito y definirá un plan de acción. Si el paciente no acepta, se le ofrece la ayuda y se vuelve a intentar en otra ocasión.

Ayuda: Está dirigida 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.

Bibliografía

Colectivo de autores (2018). *Hipertensión arterial. Guía para el diagnóstico, evaluación y tratamiento.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/hipertension-arterial-guia-para-el-diagnostico-evaluacion-y-tratamiento/

Goldman-Cecil (2017). Tratamiento global de las enfermedades crónicas. En: *Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna*. 25da ed. Recuperado de: https://booksmedicos.org/goldman-cecil-tratado-de-medicina-interna-25a-edicion/

Gregg, M. B. (2008). *Field Epidemiology*. 3er ed. New York. Oxford University Press.Recuperado de: https://silo.pub/field-epidemiology-3rd-ed.html

Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J. C. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud pública Méx,* 55(6). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000007

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2013). *Programa nacional y normas de procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis.* 3ra ed. La Habana: Minsap.

_____ (2011). *Programa del médico y la enfermera de la familia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

Organización Mundial de la Salud (2015). *IL salud y los objetivos de desarrollo del milenio. Políticas de desarrollo sistemas de medición e información sanitaria.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pinilla, A. E., Barrera, M. P., Rubio, C., Devia, D. (2018). Actividades de prevención y factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético. *Acta Med Colomb* [online]. 2014; 39(3), pp.250-257. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-24482014000300008&script=sci_abstract&tlng=es

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 48
Vacunas e inmunización

Roberto Alvarez Sintes

Edward Jenner es considerado el padre de la vacunación (Alvarez, 1997). A finales del siglo XVIII descubrió que a partir de la maceración de pústulas de la viruela y la inoculación en el hombre (1796) se 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), el 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.

Inmunidad-inmunización

La inmunización es el proceso de hacer o hacerse inmune provocando la aparición de anticuerpos. En Cuba, el sabio cubano Tomás Romay introdujo en 1804 la vacunación, siendo él y su familia los primeros inmunizados.

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 inmunitaria específica protectora; es la creación de anticuerpos e 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). Ej.: suero antitetánico, antidiftérico y antirrábico.

Los anticuerpos inyectados de forma pasiva son metabolizados por el receptor y al cabo de cierto tiempo se inactivan 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. Se produce cuando el organismo se pone en contacto por primera vez con el antígeno que forma anticuerpos de la clase inmunoglobulina (IgM), seguido poco después por la inmunoglobulina G (IgG). Los primeros tienen duración limitada y desaparecen a partir del décimo día. El segundo contacto con el antígeno origina una fuerte y rápida producción de IgG, más elevada y sostenida que con el estímulo primario. 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, del sistema del complemento y fagocitosis. De esta forma se logran la lisis bacteriana y el incremento de la fagocitosis, entre otros.

Inmunidad celular. Los 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 y sus componentes

Según sus componentes biológicos, las vacunas se agrupan en vacunas de microorganismos vivos o de microorganismos muertos.

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 eficiente manejo de la cadena de frío (Ej.: OPV antipoliomielítica oral, triple vírica o MMR, fiebre amarrilla, 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. (Ej.: la vacuna triple bacteriana para la inmunización activa contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (DPT), el toxoide tetánico monovalente (TT), o combinado con toxoide diftérico (DT), Hib tipo b, meningococo, neumococo, ántrax, hepatitis A y B, entre otras). Estas vacunas pueden ser de tres tipos:
– Vacunas de microorganismos totales. Se administra un preparado que contiene el agente muerto, pero íntegro. Su empleo es necesario cuando no se conoce el antígeno inmunizante exacto 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 antitóxicas. 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 inmunitaria homogénea o porque se selecciona una sola variante. Ej.: vacuna contra la fiebre tifoidea.
– Vacunas polivalentes. Son necesarias cuando la especie se subdivide en diversos tipos antigénicos que no inducen una respuesta inmunitaria cruzada. Ej.: meningococo y poliomielitis trivalente.
– Vacunas combinadas. Cuando se realizan asociaciones de varios elementos antigénicos de distinta naturaleza. Ej.: 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 siguientes requisitos:
– Contenga un antígeno puro y bien definido.
– Induzca una respuesta específica de carácter protector contra la infección y la enfermedad.
– No sea dolorosa.
– Ofrezca una protección de larga duración.
– No presente casi efectos secundarios.
– Sea de bajo costo.
– Pueda combinarse con otras vacunas.
– Sea aceptable para el individuo y para la comunidad que va a recibir el beneficio final.

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. Ej.: glicina, sustancias albuminoideas.
– Preservativos. Son las sustancias que se utilizan para preservar que no se provoque contaminación bacteriana en el cultivo viral. Ej.: timerosal.
– Antibióticos. Se utiliza para inhibir el crecimiento en los cultivos de determinados agentes. Ej.: neomicina.
– Adyuvantes. Son aquellas sustancias que se le agregan a las vacunas para realzar la potencia inmunogénica. Ej.: hidróxido de aluminio. Los inmunobiológicos que

contienen adyuvantes deben inyectarse profundamente en la masa muscular para evitar la formación de abscesos estériles.

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): poliomielitis, tétanos, difteria, *pertussis*, sarampión y tuberculosis; se emplean con frecuencia vacunas para la prevención de la rubéola, parotiditis, hepatitis B y fiebre amarilla.
– Vacunas disponibles, pero no utilizadas ampliamente 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 subdesarrollados y que se encuentran en desarrollo o perfeccionamiento: VSR, rotavirus, *Shigella, Escherichia coli* enterotoxigénica, *Vibrio cholerae*, VIH/sida, malaria, esquistosomiasis y dengue.

Maduración del sistema inmunitario

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 los ambientales, cambios en el estilo de vida y amplia cobertura de los programas de vacunación. La influencia de este último componente es muy debatida, en específico cuando se refiere al primer año de vida, en el que el sistema inmunitario está aún en proceso de maduración.

La vacunación "intensiva" durante el periodo de lactancia y la primera infancia ha provocado una disminución en el contacto del organismo con agentes patógenos que provocan enfermedades infecciosas frecuentes en esta edad y que son 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 alergénico 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

Se consideran 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 como la tuberculosis activa, la diabetes *mellitus*, la insuficiencia cardiaca, renal o hepática y la crisis aguda de asma bronquial, entre otras.

Con la vacunación pueden presentarse las siguientes 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 el 10 % de los vacunados es posible que presenten un nódulo en el sitio de la inyección que puede persistir algunas semanas.
– Complicaciones mayores: se pueden producir 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, sobre todo 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 tercer día.
  - Trastorno convulsivo residual cuando la primera convulsión ocurre al final del tercer día.

- Estado tipo *shock,* hipotonía: disminución del tono y disminución de la respuesta al final del tercer 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, tanto en 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.

Política de frascos abiertos multidosis. En Cuba se aplica desde el año 2018 (Durán, 2018) la de la OMS/OPS, que permite, tras estudios realizados, dejar abierto el bulbo de IPV por 28 días, si cumple con los siguientes requisitos:

– La vacuna deberá estar precalificada por la OMS y con aprobación para ser usada hasta 28 días después de haberse abierto el frasco, según lo determina la OMS (la vacuna IPV cumple con este requisito).
– No se utiliza pasada la fecha de expiración de la vacuna.
– El frasco de la vacuna debe estar y continuar almacenado a las temperaturas recomendadas por la OMS o el fabricante (de +2 °C a +8 °C).
– Que el tapón del bulbo de la vacuna no se haya sumergido en agua debido al descongelamiento de los paquetes fríos, el frasco debe permanecer limpio y seco.
– Que los bulbos de vacunas sean manejados con buenas prácticas asépticas.

La modificación en la política de frascos abiertos multidosis se aplica exclusivamente para la vacuna IPV. En el resto de las vacunas con esta presentación los frascos se continúan desechando al final de la jornada de trabajo de cada día (Durán, 2018).

Existen tres criterios que deben considerarse en el proceso de vacunación:

– Estabilidad. 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 mantiene la estabilidad de su propiedad inmunógena.
– Eficacia. 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.
– 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, la técnica de administración, la conservación y la manipulación adecuadas.

Esquema de inmunización en Cuba

Debido a su complejidad la inmunización de la población necesita del establecimiento de programas para este fin, los que constan de normas y de un calendario de vacunación.

El Programa Nacional de Inmunización (PNI) se creó en Cuba en el año 1962 con la introducción de cinco vacunas. En la actualidad se administran 12 vacunas que protegen contra 13 enfermedades. Todos los años se alcanza el 99,5 % de cobertura en el país.

El esquema de inmunización es la representación gráfica de las diferentes vacunas a recibir por 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 y 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 (Alvarez, 2005). En correspondencia con las condiciones de cada país se establecen y cambian los esquemas de inmunización.

En la tabla 48.1 puede verse el esquema de vacunación en Cuba; en la tabla 48.2 el total de dosis aplicadas según el tipo de vacuna desde 1962 hasta 2019, y en la tabla 48.3 puede apreciarse el impacto que estas vacunas han tenido en las enfermedades prevenibles.

Tabla 48.1. Esquema de vacunación en Cuba, 2018

Vacuna/Protege	Edad de la dosis				Dosis (mL)	Vía	Región de aplicación	Lugar de aplicación
	1.ra	2.da	3.ra	React.				
BCG*/tuberculosis	Al nacer	-	-	-	0,05	Intradérmica	Deltoides izquierdo	Maternidad
Hepatitis B*/ hepatitis B	Al nacer	-	-	-	0,5	Intramuscular	1/3 medio de la cara anterolateral del muslo	Maternidad
Pentavalente/ difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B y *H. influenzae* tipo B	2 meses	4 meses	6 meses	18 meses	0,5	Intramuscular	1/3 medio de la cara antero-lateral del muslo Reactivación en deltoides	Policlínicos
AM-BC/ meningococo B y C	3 meses	5 meses	-	-	0,5	Intramuscular	1/3 medio de la cara antero-lateral del muslo	Policlínicos
IPV/poliomielitis	4 meses	8 meses	-	-	0,1	Intradérmica	Deltoides derecho	Policlínicos
DTP*/difteria, tétanos y tosferina	-	-	-	18 meses	0,5	Intramuscular	Deltoides	Policlínicos
Hib*/*H. influenzae* tipo B	-	-	-	18 meses	0,5	Intramuscular	Deltoides	Policlínicos
PRS/parotiditis, rubéola y sarampión	12 meses	-	-	6 años	0,5	Subcutánea	Deltoides	Policlínicos y escuelas
DT/difteria y tétanos	-	-	-	6 años	0,5	Intramuscular	Deltoides	Escuelas
Antitifoídica/fiebre tifoidea	10 años	-	-	13 y 16 años	0,5	Intramuscular	Deltoides	Escuelas
Toxoide tetánico/ tétanos	-	-	-	14 años	0,5	Intramuscular	Deltoides	Escuelas
OPV/poliomielitis	En campaña anual. Niños menores de 3 y 9 años				2 gotas	Oral	-	Policlínicos y consultorios

*Los hijos de madres positivas al antígeno de superficie de la hepatitis B, se vacunarán con BCG a los 3 meses de nacidos, además, se les aplicarán cuatro dosis de vacuna de la hepatitis B (al nacer, a los 30 días, a los 60 días y al año) y se reactivarán a los 18 meses con DPT y Hib. El resto de las vacunas según el esquema.

Tabla 48.2. Dosis aplicadas según el tipo de vacuna y la fecha de inicio (1962 hasta 2019)

Tipo de vacuna	Fecha de inicio*	Total de dosis aplicadas
Toxoide tetánico (TT)	1963	91 890 602
Antipoliomielítica oral (OPV)	1962	86 083 076
Antitifoídica (AT)	1963	42 936 433
Triple bacteriana (DPT)	1963	32 682 071
Duple bacteriana (DT)	1963	14 548 907
Hepatitis B (HBV)	1992	14 595 473
Antituberculosis (BCG)	1963	13 843 320
Antimeningocócica (Tipo BC)	1988	13 866 399
Triple viral (PRS)	1996	8 757 498
H. influenzae (Hib)	1999	5 596 145
Pentavalente (DPT + HB + Hib)	2006	5 022 137
Antipoliomielítica inactivada (IPV)	2016	677 817
La tetravalente (DPT + HB) se aplicó del 2005 al 2007 (439 799 dosis aplicadas)		

*En esquema nacional de vacunación.
Fuente: Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019*. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

Tabla 48.3. Impacto en las enfermedades prevenibles

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
Tosferina	1962	1997	Eliminación
Síndrome rubéola congénita	1986	1989	Eliminación
Meningitis posparotiditis	1986	1989	Eliminación
Tétanos	1962	1992	Tasa <0,1 · 105 hab.
H. influenzae tipo b	1999	2001	Tasa <0,1 · 105 hab.
Hepatitis B <20 años	1992	2001	Tasa <0,1 · 105 hab.
Meningitis meningocócica	1988	2001	98 % morbilidad 93 % morbilidad

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

Vigilancia de eventos adversos

Todos los niños se vigilarán una hora en el vacunatorio después de la aplicación de cualquier inmunobiológico. Una vez transcurrida esta hora de vigilancia en el vacunatorio se realizará la vigilancia posvacunal de la siguiente manera:

– Vacunas bacterianas: Con evolución a las 24, 48 y 72 h, en la Historia Clínica, por el médico o la enfermera de la familia, así como al séptimo día de vacunado.
– Vacunas virales: Con evolución en la Historia Clínica por el médico o la enfermera de la familia el día 7 y el día 15 de vacunado.
– Antipoliomielítica (OPV): Se realizará vigilancia por el médico o la enfermera de la familia el día 3 y el día 30 de vacunado.

El Programa Nacional de Inmunización en Cuba tiene insertado como fortaleza el sistema de vigilancia de eventos adversos a la vacunación, que permite garantizar la seguridad del vacunado y la confiabilidad; cumple la exigencia de la autoridad regulatoria de control. El médico de familia es el ejecutor principal, el encargado de la vigilancia ante cualquier síntoma, ante cualquier reacción.

Datos sobre las vacunas y su comportamiento

Como parte de la estrategia mundial de erradicación de la poliomielitis, en enero del 2016, Cuba introdujo la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV). Se administra una dosis intramuscular (0,5 mL) a los 4 meses de edad y se mantiene la administración de la vacuna bivalente oral (bOPV) en campaña, en sustitución de la trivalente, tras la retirada de esta vacuna del poliovirus dos, responsable de los casos de poliomielitis posvacunal a nivel mundial.

El 12 de diciembre del 2017 el Comité Nacional Técnico Asesor (Cuba) de Enfermedades Prevenibles por Vacunas se reunió para analizar la indicación de la OMS/OPS de aplicar dos dosis fraccionadas (0,1 mL) por vía intradérmica de la vacuna IPV, ya que dos dosis confieren más inmunidad que una dosis completa por vía intramuscular. Los estudios realizados en Cuba lo confirman y, a la vez, se enfrenta el desabastecimiento de este inmunobiológico a escala mundial. Con un bulbo y aplicando una dosis completa intramuscular se pueden vacunar cinco niños, con el cambio a dosis fraccionadas se pueden vacunar 25 niños con el mismo bulbo.

Se han observado diferencias en la respuesta a las vacunas en los niños con riesgo elevado de padecer en-

fermedades alérgicas y en los que ya son asmáticos. Se conocen importantes mecanismos en torno a la maduración del sistema inmunitario, pero no son suficientes para explicar ese comportamiento. Se necesitan más estudios sobre el tema para adoptar las decisiones pertinentes en relación con posponer las edades de vacunación en estas poblaciones de niños con alto riesgo de padecer enfermedades alérgicas.

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

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.

La vacuna pentavalente combate cinco tipos de enfermedades: difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b. Entre sus ventajas está la importancia estratégica para los programas masivos de inmunización, ya que combina cinco antígenos con una reducción de la cantidad de inyecciones, evita poner tres inyecciones más a los niños y los riesgos de las no seguras, reduce a su vez 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 antimeningocócica B y C se usa contra los meningococos B y C. En el año 2019 en Cuba, las tasas de incidencia y mortalidad por meningitis meningocócica fueron de 0,1 y 0,0 por 100 000 habitantes respectivamente.

La vacuna antipoliomielítica (IPV) protege contra la poliomielitis. Se insiste en que la política de frascos abiertos, descrita antes, se aplica nada más que para la IPV, que es la vacuna intramuscular contra la polio.

La vacuna DPT, triple bacteriana, está constituida por toxoide diftérico y tetánico y bacilos muertos de tosferina; protege contra la difteria, el tétanos y la tosferina.

La Hib protege contra el *Haemophilus influenzae* tipo B. 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.

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

La duple bacteriana 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 6 años de edad.

La antitifóidica protege contra la fiebre tifoidea y el toxoide tetánico contra el tétanos.

Los cinco componentes de la vacuna pentavalente se producen en el país. Desde el 2004 un total de ocho vacunas se fabrican en Cuba, lo que constituye un resultado del desarrollo científico y técnico alcanzado en la Isla. Son excepción la vacuna triple viral (PRS), la BCG (contra las formas graves de tuberculosis), la antipoliomielítica oral y la inyectable, que se importan.

En el año 2019 no se presentó ningún caso de tétanos en Cuba.

Se mantienen eliminadas seis enfermedades inmunoprevenibles:
– Poliomielitis (1962).
– Difteria (1979).
– Sarampión (1993).
– Rubéola (1995).
– Parotiditis (1995).
– Tosferina (1997).

Y cuatro complicaciones o formas graves:
– Meningitis tuberculosa (1962).
– Tétanos neonatal (1972).
– Meningitis posparotiditis (1989).
– Síndrome de rubéola congénita (1989).

Asimismo, se mantienen controladas con tasas inferiores al 0,1 por 10 000 habitantes, por lo que no constituyen un problema de salud, la meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, la hepatitis B, la meningitis meningocócica y el tétanos.

Las vacunas se administran también a grupos de riesgo para prevenirlos de la influenza estacional, la leptospirosis, la fiebre tifoidea, la hepatitis B, el tétanos y la fiebre amarilla.

La antigripal es una nueva vacuna contra el virus de la gripe estacional, que produce una enfermedad grave que mata cada año a entre 300 000 y 650 000 personas. Hay grupos que corren más riesgo de sufrir síntomas graves e, incluso, de fallecer, como las embarazadas, los niños pequeños, los ancianos y las personas que presentan en-

fermedades crónicas como el asma y determinadas cardiopatías. Se administra a las personas de mayor riesgo, pues proporcionan inmunidad contra las tres cepas más prevalentes que circulan cada temporada. Son el mejor método para reducir las posibilidades de presentar una gripe de gravedad y contagiarla a otras personas.

En 1994 la Organización Panamericana de la Salud (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 apoyado en las siguientes tres clasificaciones:

– 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 y 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: Es el 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.

La aplicación de la vacuna triple viral (PRS) llevó a la desaparición de la meningoencefalitis posparotiditis (1989), que era una de las complicaciones más graves de la parotiditis infecciosa, el sarampión (1993), la rubéola (1995) y la parotiditis (1995).

Con la introducción de las nuevas tecnologías las perspectivas de desarrollo son amplias. 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, teniendo en cuenta su cobertura sanitaria, las particularidades geográficas, así como el carácter endémico o epidémico de la enfermedad, deberán incluirse vacunas dirigidas contra el *Vibrio cholerae,* la *Escherichia coli* enterotoxigénica, la *Shigella* y contra la malaria y el dengue, entre otras enfermedades.

Candidatos vacunales contra la COVID-19

En la actualidad se han desarrollado y administrado vacunas que protegen contra la COVID-19. Todavía no están disponibles para todos los países. Cuba fue el primer país de América Latina y el Caribe en recibir la autorización de la Organización Mundial de la Salud para comenzar los ensayos clínicos de un candidato vacunal contra esta enfermedad.

Son cinco los candidatos cubanos. Tres desarrollados por el Instituto Finlay de Vacunas. Soberana 01 recibió la autorización en agosto de 2020, Soberana 02 en noviembre de ese mismo año y Soberana Plus. También en este último mes fueron autorizados otros dos candidatos presentados por el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, Mambisa y Abdala.

El método tecnológico usado en la vacuna Soberana es el mismo desarrollado y utilizado en la producción del principio activo de la vacuna cubana conjugada contra el *Haemophilus influenzae* tipo b, que ha demostrado su seguridad y eficacia en población lactante y se encuentra incorporada en el Programa Nacional de Vacunación desde 2004.

Esta tecnología de conjugación ha sido desarrollada durante más de 15 años para diversos candidatos vacunales en el Instituto Finlay de Vacunas (IFV) y constituye una plataforma bien conocida y con amplia evidencia de desempeño.

Los pronósticos, de cara a una inmunización masiva, son halagüeños (Martínez, 2021).

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).Recuperado de:http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/836

Alvarez Sintes, R. (1997). *Salud familiar integral: manual de educación.* Rionegro, Colombia: Ed. UNI-RIONEGRO.

_____ (2005). *Salud familiar. Manual del promotor.* 2da. ed. Maracay: Editorial MSDS/IAESP/Misión Barrio Adentro/MES/. Recuperado de: https://www.academia.edu/34531360/Salud_Familiar_manual_promotor

Baden, L. R., El Sahly, H. M., Essink, B., *et al.* (2021). Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. *N Eng J Med;* 384:403-16. Recuperado de: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2035389

Durán García, F. A. (2018). *Indicación para la modificación en el esquema nacional de inmunización de Cuba para el año 2018.* Dirección Nacional de Epidemiología. La Habana: Minsap.

Etienne, C. F. (2017). Expanded Program on Immunization in the Americas: 40 years. *Rev Panam Salud Pública;* 41: e139. DOI: 10.26633/RPSP.2017.139. Recuperado de:https://iris.paho.org/handle/10665.2/34588

Galindo Santana, B. M. (2005). *Importancia de la vacunación en la atención primaria de la salud.* Teleconferencia [CD-ROM]. Maestría de Atención Integral al Niño. La Habana.Recuperado de: http://uvsfajardo.sld.cu/category/maestria-especialidad/maestria-en-atencion-integral-al-nino

Martínez Molina, J. (2021). Las cuatro vacunas de la soberanía. *Granma* (feb 15). Año 57, No. 38. p 4. La Habana. Recuperado de: https://www.granma.cu/cuba-covid-19/2021-02-14/las-cuatro-vacunas-de-la-soberania-14-02-2021-23-02-54

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019.* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Recuperado de: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf

_____ (2018). *Esquema oficial de vacunación de la República de Cuba*. La Habana: Minsap. Recuperado de: https://www.granma.cu/todo-salud/2019-10-20/con-el-programa-nacional-de-inmunizacion-se-han-eliminado-seis-enfermedades-en-cuba-20-10-2019-22-10-21

Organización Mundial de la Salud (2019). *Preguntas y respuestas sobre las vacunas*. Recuperado de: http://www.cfg.sld.cu/anuncio/2019/10/22/preguntas-y-respuestas-sobre-las-vacunas

_____ (s.f.). *Programa Ampliado de Inmunización.* Ginebra: OMS. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=289:immunization-program&Itemid=384&lang=es

Rojas Ochoa, F. (2011). *Vacunas. Cuba 1959-2008.* La Habana:Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/vacunas-cuba-1959-2008/

The Lancet (eds.) (2020). COVID-19 vaccines: no time for complacency. *Lancet* 370:1607. Recuperado de: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32472-7/fulltext

Vela Valdés, J. (2021). ¿Qué significan los cinco candidatos vacunales cubanos contra la COVID-19? *Rev. Cuba. Salud Pública* [Internet]; 47(29. Recuperado de:http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/3122

Capítulo 49
Pesquisa activa

Roberto Alvarez 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 es 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.

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 desconocidos con anterioridad. 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 se conceptualiza la pesquisa activa 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 (Fernández y Díaz, 2009).

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

Interrogantes para el desarrollo de la pesquisa activa

Para Fernández Sacasas y Díaz Novas (2009) diagnosticar de manera temprana las 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 en la realización de pruebas diagnósticas sin claro beneficio terapéutico. Cabe preguntarse, ¿puede justificarse el empeño en descubrir enfermedades o trastornos no modificables, antes que se produzcan síntomas? Y se continúa 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, 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). Es 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 a las personas sanas de

los posibles enfermos, los 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

La pesquisa activa descansa, sobre todo, en la exploración clínica sistemática y periódica de la población objeto de atención de salud. En los programas de pesquisa se deben considerar aspectos éticos, sociales, tecnológicos, económicos y legales.

Éticos: Son 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. Se le informa, además, de la probabilidad existente de que la prueba obtenga un resultado falso positivo o negativo (Cabrera y Toledo, 2008). A partir de esta información se debe determinar la decisión voluntaria de cada sujeto a participar de la pesquisa 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 aseguran este concepto son la accesibilidad y la equidad. En este aspecto un programa de pesquisa debe llegar a todos por igual, no importa su ubicación geográfica, edad, sexo, escolaridad, nivel económico u otros (Cabrera y Toledo, 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 procesos sin expresión clínica.

Económicos: La perspectiva organizativa se completa con el análisis de los costos. Muchas pruebas son costosas y su aplicación en forma masiva es difícil de justificar y, 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 pesquisa debe ser considerado costo-efectivo si no se demuestra que:
– Reduce de forma sustancial la mortalidad.
– Presenta menores tasas de falsos positivos.
– Se demuestra un aumento de la adherencia.
– Disminuye el costo de las pruebas diagnósticas.

Otro aspecto a considerar (Cabrera y Toledo, 2008) para completar adecuadamente el análisis de un programa de pesquisa 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:
– Determinar la prevalencia e incidencia de una enfermedad.
– Planear los servicios de salud.
– Realizar investigaciones epidemiológicas y clínicas.
– Fortalecer los programas de acción y vigilancia epidemiológica.

Existen distintos tipos de pesquisa:
– Masiva. Se aplica a toda la población.
– Múltiple o multifásica. Se usan 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.

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 y Toledo, 2008) deben cumplir con los siguientes requisitos:
– Utilizar, el análisis de la situación de salud como herramienta fundamental para identificar el problema a pesquisar.

– Utilizar los recursos humanos propios de cada territorio (médicos, enfermeras, tecnólogos, estudiantes, promotores de salud, entre otros), los que deben estar capacitados y con entrenamiento previo sobre el 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 y deberán participar 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 incorporarlas 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 ella.
– Evaluar los recursos materiales que se disponen y los que se necesiten 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 diarios 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, que tenga la 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 y Toledo, 2008) se caracterizan en la práctica 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 un seguimiento por el sistema de salud pública.
– El Estado asume el tratamiento en su totalidad.

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 de pesquisa más frecuentes

Las acciones de pesquisa más utilizadas, de acuerdo con la política de frecuencia mínima, son las siguientes:
– Tensión arterial. Deberá determinarse cada 2 años como mínimo. En Cuba se recomienda anual.
– Examen anual de las mamas. Debe realizarlo el médico a las pacientes mayores de 40 años de edad. En Cuba se recomienda a partir de los 30 años.
– Mamografía anual. Se realiza en mujeres a partir de los 50 años. En Cuba se recomienda cada 2 años.
– Prueba de colesterol sérico. Se hará cada 5 años en los adultos y ancianos.
– Citología de detección selectiva del cuello uterino. Se debe realizar cada 1 o 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 diferentes criterios. Por lo general se recomienda anual en pacientes asintomáticos con más de 45 años de edad y antecedentes familiares de cáncer de próstata de primera línea y a los mayores de 50 años que lo soliciten. 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 5 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. El 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 autoexamen 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 anual 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

El concepto de dispensarización (véase el capítulo 13, "Dispensarización") lleva implícito 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. El solo hecho de realizar la evaluación puntual de un individuo, 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.

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 la estrecha vinculación con los programas de pesquisa activa.

La dispensarización es una actividad preventiva que facilita la pesquisa de enfermedades ocultas. Los controles se realizan, según corresponda, de acuerdo con el grupo dispensarial y valorando el riesgo. En el capítulo sobre la dispensarización se expone la frecuencia mínima de evaluaciones estipulada en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia para la Atención Primaria de Salud (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 la mortalidad.

La meta final de un programa de pesquisa 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 puede ofrecer la posibilidad de un tratamiento oportuno y efectivo, que mejore la calidad de vida de cada paciente durante cada 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. Su misión comienza 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, observándolo en su medio familiar, comunitario y social.

Bibliografía

Alvarez Sintes, R. (2005). *Salud Familiar. Manual del promotor.* 2da ed., Ed. MSDS/IAESP/Misión Barrio Adentro/MES/Misión Sucre Maracay.Recuperado de: https://www.academia.edu/34531360/Salud_Familiar_manual_promotor

Alvarez Sintes, R., Barcos Pina, I. (2020). La pesquisa activa y la atención primaria de salud en el enfrentamiento a la Covid-19. *Rev Haban. Cienc. Méd* [Internet]; 19(5): e3559. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600020&lng=es.%20Epub%2010-Nov-2020

_____ (2021). Prevención y control de la COVID-19 ante infección asintomática por SARS-CoV-2 y nueva normalidad. *Rev Cubana Salud Pública,* Jun 2021, 47(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662021000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Cabrera Cruz, N., Toledo Fernández, A. M. (2008). Los estudios de la pesquisa activa en Cuba [debate]. *RevCub Salud Pública;* 34(1). Recuperado de:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Fernández Sacasas, J. A., Díaz Novás, J. (2009). Algunas consideraciones teóricas sobre pesquisa activa [trabajo de revisión]. *Rev. Cuban. Med. Gen. Integr;* 25(4). Recuperado de:http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi11409.htm

García Nápoles, J. E. (2001). Atención al adulto. En Álvarez Sintes, R. *et al. Temas de Medicina General Integral,* Vol I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

García Nápoles, J. E., Alvarez Sintes, R., Santiesteban Saldívar, D., Marina García, R. (2000). *Manual para el médico y la enfermera de la familia.* Editorial AGCD,La Habana.

Harvey, V. F. (2013). La paradoja de la prevención en medicina. *JAMA;* 310(1):85-90.

Henke, R. M., Goetzel, R. Z., McHugh, J., Isaac, F. (2011). Recent experience in health promotion at Johnson & Johnson: lower health spending, strong return on investment. *HealthAff* (Millwood). 30(3): 490-499.Recuperado de: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21383368/

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019.* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Recuperado de: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf

_____ (2011). *Programa del médico y la enfermera de la familia.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

Organización Panamericana de la Salud (2017). *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina.* Recuperado de:http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf

Screening for breast cancer (2013). *US Preventive Services Task Force.* Recuperado de: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsbrca.htm

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 50
Prevención cuaternaria

Roberto Alvarez Sintes

La aplicación de los preceptos de la prevención cuaternaria concierne por igual a la atención ambulatoria en el nivel primario de atención a la salud y a la atención ambulatoria y hospitalaria del nivel secundario. Sin embargo, en la primera, por cubrir la solución del 70 al 80 % de los problemas de salud, es donde el potencial para evitar daños es mayor. No obstante, a lo antes planteado, su implementación debería ser una actividad básica tanto en medicina clínica como en salud pública. La implementación de la prevención cuaternaria en Cuba se propicia por las propias características del Programa del Médico y Enfermera de la Familia, que es integral, sectorizada, regionalizada, continuada, dispensarizada, en equipo y con participación comunitaria.

Evolución histórica y definiciones

En 1982 aparece la primera cita del término prevención cuaternaria en un documento científico, identificada por algunos autores como P4. El concepto fue propuesto en 1995 y aceptado en 1999 por WICC (*WONCA International Classification Committee*), incluido en el *Diccionario de Medicina General y de Familia* de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA por su sigla en inglés) en el año 2003. En el 2005 fue registrado en los descriptores en ciencias de la salud.

La definición de prevención cuaternaria fue hecha por el Dr. Marc Jamoulle, médico de familia y profesor de Medicina General en Bélgica. La definió como la "acción implementada para identificar a un paciente o a una población en riesgo de sobremedicalización, protegerlos de intervenciones médicas invasivas y proponerles procedimientos de cuidados éticos y medicamente aceptables".

El diccionario WONCA 2003 la conceptualiza de manera similar, como el conjunto de medidas adoptadas para identificar al paciente en riesgo de sobremedicalización para protegerlo de nuevas incursiones médicas y sugerirle las intervenciones que son éticamente aceptables (Jamoulle, 2015; Alvarez, 2019c). Incluido en los DeCS en el año 2015 (DeCS, 2017) su esencia expone la definición recogida en el diccionario WONCA (Jamoulle, 2015, Alvarez, 2019a, Barcos y col., 2019).

La prevención cuaternaria muestra la preocupación de los médicos de familia por la salud de las personas, las familias, la comunidad y la sociedad al llamar a evitar o atenuar las consecuencias de las intervenciones médicas innecesarias o excesivas y así mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud.

El tema de la prevención cuaternaria (P4) ha sido tratado en diferentes eventos y cumbres iberoamericanas de medicina familiar y comunitaria, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), por instituciones gubernamentales y académicas, gobiernos locales y sociedades civiles. Todos ellos, desde las perspectivas que representan, han promovido los debates y lograron generar una definición más simplificada de P4, al referirse a ella como "conjunto de acciones que se realizan para evitar o atenuar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas" (Alvarez y col., 2017, Alvarez, 2019c, Jamoulle, 2015).

En la literatura se esboza que la P4:

– Exige resistir las modas dictadas por consensos, protocolos y guías prácticas sin el rigor científico correspondiente.

– Es la resistencia continua frente al intervencionismo médico, ante la medicalización de la vida diaria y el abuso de la definición de salud, factor de riesgo y enfermedad.
– Cuestiona diagnósticos extraños y critica con fuerza la medicalización de la sociedad, el sobrediagnóstico, los peligrosos medios diagnósticos que se indican, las prescripciones innecesarias, el sobretratamiento y los tratamientos inútiles e incluso perjudiciales. Tiene como clave no iniciar cascadas de intervenciones clínicas debido a síntomas irrelevantes o decisiones iniciadas por signos que agreden al paciente.

Sin embargo, otros autores (Alvarez y col., 2017; Alvarez, 2019a, Barcos y col., 2019) definen como P4 a la firme y perenne resistencia frente a la intervención sanitaria innecesaria, sea preventiva o curativa, diagnóstica o terapéutica.

Autores cubanos (Alvarez y col., 2017; Alvarez, 2019a, Barcos y col., 2019) asumen esta definición en defensa del método clínico en la atención médica, tanto ambulatoria como hospitalaria.

La OMS (OP/OMS,2019) estima que:

– El riesgo de morir en un viaje por avión es de uno entre 3 millones, mientras que el riesgo estimado de morir por un accidente médico prevenible mientras se recibe atención médica es de uno entre 300. Uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria.
– Los eventos adversos por falta de seguridad en la atención son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.
– Cuatro de cada 10 pacientes sufren daños en la atención primaria y ambulatoria.
– Invirtiendo en seguridad del paciente se pueden conseguir ahorros significativos.
– La falta de seguridad en las prácticas de medicación y los errores de medicación causan daños a millones de pacientes y cuestan miles de millones cada año.
– Los diagnósticos incorrectos o tardíos son una de las causas más frecuentes de daño a los pacientes y afectan a millones de ellos.
– Las infecciones nosocomiales pueden llegar a afectar al 10 % de los pacientes hospitalizados.
– Cada año muere más de 1 millón de pacientes por complicaciones quirúrgicas.
– La exposición a la radiación con fines médicos es un problema de salud pública y de seguridad del paciente.

Método clínico

Alvarez Sintes R., Cabrera Hernández G., Barcos Pina I., González Ramírez E., defienden la posición de que no se trata de copiar las consideraciones de otros países, sino de que estas sirvan de inspiración. A criterio de los citados autores, el movimiento P4 emerge ante el abandono del método clínico y el enfoque clínico-epidemiológico y social, al minimizarse la importancia de la medicina clínica porque requiere de tiempo para establecer una buena relación médico-paciente, escuchar con calma, realizar un buen examen físico y luego transcribir su razonamiento de forma ordenada en la historia clínica. A lo que se agrega el equívoco de que la tecnología en el diagnóstico puede sustituir a la clínica en la atención médica.

Bibliografía

Alvarez Sintes, R. (2019a). *Método clínico en la Atención Primaria de Salud.* 2da ed. La Habana:Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de:http://www.bvscuba.sld.cu/libro/metodo-clinico-en-la-atencion-primaria-de-salud-2da-ed/

_____ (2019b). Método clínico en Atención Primaria de Salud, determinantes sociales y prevención cuaternaria. *Rev. Habanera Cienc.Méd.* [Internet]; 18(5 693-696). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000500693&lng=es

_____ (2019c). La prevención cuaternaria en la atención médica ambulatoria y hospitalaria. *Mediciego* [Internet]. 25(1): [aprox. 3 p.]. Recuperado de:http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1416

Alvarez Sintes, R., Cabrera Hernández, G., Barcos Pina, I., González Ramírez, E. (2017). Prevención cuaternaria y método clínico. En: Álvarez Sintes, R. y cols. *Método clínico en Atención Primaria de Salud.* La Habana: OPS/OMS. p.77-112.

Barcos Pina, I., Alvarez Sintes, R., Hernández Cabrera, G. (2019). Prevención cuaternaria: de la medicina clínica a la medicina social. *Rev. cuba. salud pública* [Internet]. 45(4). Recuperado de:http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1506

Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS. 2017 [actualizado 18 May 2017; citado 13 Jun 2017]. Recuperado de: http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm

Díaz Novás, J. R. (2018). Acerca del Método Clínico en la Atención Primaria. *Rev. cuban. med.gen.integr.* [Internet]; 34(1):[aprox. 3 p.]. Recuperado de:http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/488/177

Jamoulle, M., Roland, M. (2013). *Prevención Cuaternaria. De Woncaworld Hong Kong 1995 hasta worldWonca Praga 2013;* Praga: Woncaworld; 2013 Jun 25-29; Recuperado de: https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/188697/1/Jamoulle%2C%20Roland%20-%202013%20-%20Quaternary%20prevention%20From%20Wonca%20world%20Hong%20Kong%201995%20to%20Wonca%20world%20Prague%202013.pdf

Jamoulle, M. (2015). Quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization. *Int J Health Policy Manag* [Internet]. Feb 2015; 4(2):61-4. Recuperado de:http://www.ijhpm.com/article_2950_ea20f1b4fc4d613ac38b9a7a1bf85ea5.pdf

OPS/OMS (2019). *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025* (documento CD57/12). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51621/CD57-12-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Rojas Ochoa, F. R. (2019). Un libro muy necesario y muy oportuno. *Rev. cuban.med. gen. integr.* 35(2). Recuperado de:http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/901

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Genética y asesoramiento genético en la atención primaria de salud

Capítulo 51. Enfermedades genéticas y defectos congénitos
Capítulo 52. Riesgo genético preconcepcional

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 51
Enfermedades genéticas y defectos congénitos

Paulina 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 del ciclo de vida humano. Nunca se sabe cuándo un defecto genómico nuclear o mitocondrial tendrá la oportunidad o no de expresarse, 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. La frecuencia 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 médico de familia debe tener en cuenta para atender y reconocer enfermedades genéticas y defectos congénitos en la población bajo su atención médica con el objetivo 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, y 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. De acuerdo con la magnitud del segmento de ADN y el número de genes involucrados, también atendiendo a su expresión individual y comportamiento familiar estas pueden ser agrupadas en: cromosómicas, monogénicas y multifactoriales.

Cada uno de los defectos congénitos 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. 51.1).

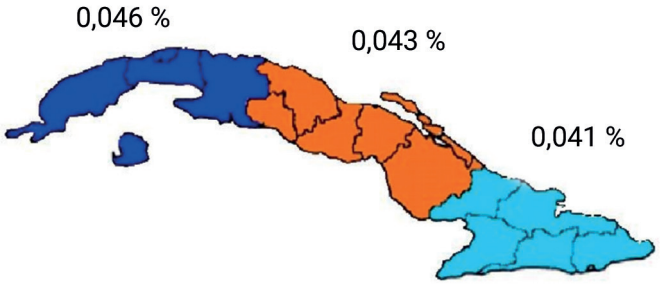


Fig. 51.1. Prevalencia del síndrome Down en la población de Cuba.
Fuente: Colectivo de autores (2003). *Por la vida*. La Habana: Editorial Abril.

Las enfermedades monogénicas dependen de mutaciones génicas específicas, así como de la transmisión hereditaria o la aparición de novo de estas y de fenómenos

relacionados con el origen de las poblaciones y los efectos de selección, migración o tasa de mutaciones en esas poblaciones. Las prevalencias también 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 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 de 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 del 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 los 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, los defectos de cierre de estructuras labiales o del paladar, por solo citar las más frecuentes y severas, y las denominadas enfermedades comunes. Dentro de esta últimas las epilepsias, la diabetes, el asma, la esquizofrenia, las demencias dentro de las que figuran en primer lugar el alzheimer, las enfermedades bipolares y los tipos de cánceres como el de mama, colon, próstata. Sobre el cáncer habría que acotar que las investigaciones actuales sobre los genes codificadores de las proteínas que actúan en el control y desarrollo del ciclo celular se han ampliado considerablemente. Ahora se conoce la gran diversidad de tipos de cáncer y de sus efectivos tratamientos; por sus características familiares es importante la realización del árbol genealógico.

Una de las principales acciones en genética médica en la comunidad que puede realizar el especialista en medicina general integral 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 a partir 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-nacimiento).

Las enfermedades genéticas se corresponden con variaciones genéticas del desarrollo que requieren de ayuda médica, educativa, social o de las 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 heterogéneos e individuales como diversas son estas enfermedades desde el punto de vista médico. Por eso requieren de atención personalizada. Pueden ser detectadas incluso durante la vida fetal con el uso de la tecnología que permite el diagnóstico durante la etapa prenatal del desarrollo. Actualmente, en la era de la medicina genómica y de precisión, se destacan los avances de la farmacogenómica y la farmacogenética, lo que ofrece la posibilidad de tratamientos específicos y personalizados.

Algunas de estas enfermedades se manifiestan en edades tempranas de la vida y se acompañan de defectos congénitos, asociados o no con anomalías del neurodesarrollo, aunque también pueden presentarse estas sin defectos congénitos. Razón por la que, como se enfatiza más adelante en el examen físico, la detección de defectos congénitos orienta la patogénesis hacia la ac-

ción de mutaciones en las primeras etapas del complejo desarrollo embrionario, mientras que la ausencia de defectos congénitos indica que los fenómenos de anomalías del neurodesarrollo pudieran deberse a mutaciones génicas que afectan mecanismos biológicos propios de la neurogénesis o el funcionamiento del metabolismo en su expresión posnatal.

Hay también enfermedades genéticas que no son detectadas en el nacimiento y primeras etapas de la edad pediátrica, debido a la ausencia de síntomas o signos que evidencien su presencia en esta etapa de la vida; el comienzo de las manifestaciones de su expresión puede entonces ser considerado como posnatal tardío. Otro enfoque está relacionado con el carácter evolutivo, progresivo o estático, de la expresión de los defectos del material genético que las originan.

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

Árbol genealógico

Lo hasta aquí expresado explica la importancia de la elaboración del árbol genealógico en la medicina comunitaria.

En la historia clínica, con los avances de los conocimientos genéticos y las nuevas tecnologías, lejos de perder actualidad para el estudio de una enfermedad genética o de un defecto congénito, el método clínico constituye un requisito científico de extraordinario valor y sin el cual es imposible realizar una investigación dirigida a profundizar sobre los fenómenos genéticos y los problemas que generan 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 un algoritmo de investigaciones 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. Igual 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 ligados entre sí porque se basan en el interrogatorio. Ellos son la historia natural de la enfermedad y el árbol genealógico.

El tener una simbología internacional para la confección del árbol genealógico permite su interpretación. En un espacio relativamente pequeño se logra obtener una valiosa cantidad de información que, aunque está dirigida al análisis de la 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, defectos reproductivos y grado de parentesco, relación familiar y social con parientes y el conocimiento sobre los padecimientos de esos familiares, características culturales y efecto de creencias religiosas. Se puede identificar lo que se quiere comunicar y lo que se quiere mantener en reserva, las relaciones del afectado con la familia, la repercusión de la enfermedad o defecto congénito en familiares de primer, segundo o tercer grado de parentesco, el grado de aceptación del problema en la familia, entre otros aspectos importantes biosicosociales que se necesita tener en cuenta cuando se realiza el familiograma.

Las diferencias entre familiograma y árbol genealógico radican en que, mientras el primero es un término cubano para referirse a la información relacionada con el núcleo familiar que el especialista atiende en el área de atención primaria de salud, el segundo recoge la información que permite hacer un análisis genético de segregación de la enfermedad o defecto congénito que se estudia y, para ello, 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 es el primer estudio genético que, si bien puede tener sus dificultades, es bastante fácil de realizar. Este conocimiento se inicia en el pregrado de medicina y enfermería, cuando se reciben los contenidos sobre la genética de enfermedades mendelianas en la asignatura Genética Médica.

La simbología para la confección del árbol genealógico aparece en todos los textos de genética médica, sin embargo, los nuevos conocimientos proporcionados por las investigaciones genómicas requieren de la actualización de algunos símbolos. Un ejemplo de ello es el uso diferenciado de genotipos heterocigóticos o portadores, en los que ya no hay diferencia para genes en autosomas o ligados al cromosoma X. Los más importantes aparecen en la figura 51.2.

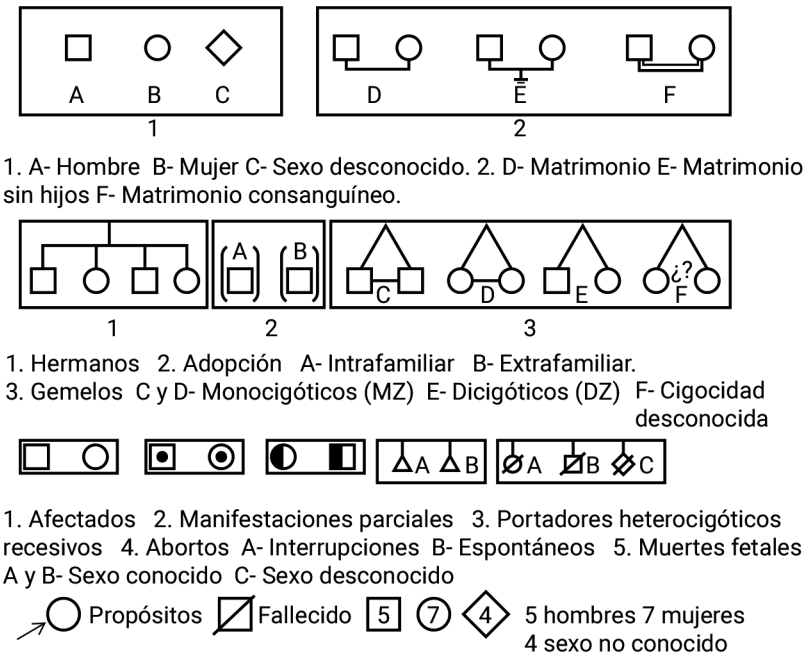


Fig. 51.2. Símbolos para confeccionar el árbol genealógico.

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 mendelianas autosómicas dominantes se caracterizan por ser:

– Nuevas mutaciones. El individuo es el único caso afectado en la familia, son individuos heterocigóticos para el alelo normal + y la nueva mutación - (+ / -). El alelo normal (+) codifica la proteína funcional y el mutado (-) no lo logra o funciona mal, expresando la enfermedad. La proteína requiere estar presente en sus dos dosis normales.
– Transmitidas de forma hereditaria. 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.

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. En las herencias mendelianas ligadas al sexo el análisis de segregación puede definir el 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.

En las herencias ligadas al cromosoma X la presencia solo de hombres afectados, emparentados a través de mujeres no afectadas, puede sugerir una herencia recesiva ligada al cromosoma X, si esas mujeres no presentan la enfermedad en su condición de portadoras o heterocigóticas para la mutación de expresión recesiva; a diferencia de las herencias dominantes ligadas al cromosoma X, que se caracterizan porque las mujeres también expresan la enfermedad.

Análisis de segregación es el término que se utiliza para referirse, en genética, a la observación de la manera en que segrega una mutación en los miembros que componen 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 el fenotipo de un síndrome presumiblemente genético o que serán investigados en una familia específica, sobre todo en el de 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 (no todos los individuos afectados presentan todas las manifestaciones fenotípicas de la enfermedad), la penetrancia reducida (un individuo pudo haber recibido la mutación de expresión dominante de uno de los padres y no la expresa, pero puede tener hijos afectados), el efecto pleitrópico del gen (la mutación expresa varios síntomas y signos en diversidad de órganos y sistemas), el fenómeno de inactivación del cromosoma X (en la mujer uno de sus dos cromosomas X se inactiva aleatoriamente en periodo de embriogénesis temprana), la presencia de mutaciones de novo, los fenómenos relacionados con el sexo (defectos limitados al sexo pero que se transmiten por la gametogénsis 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 el órgano diana de una vía endocrino-metabólica.

Los nuevos conocimientos sobre la función de los genes también hay que tenerlos presente en el análisis de segregación, las anomalías en los mecanismos epigenéticos como el de impronta genómica, las anomalías de segregación de cromosomas homólogos en la formación de gametos con disomías uniparentales (heterodisomías e isodisomías), la repercusión de las nuevas mutaciones en células germinales o somáticas que originan mosaicismos germinales o mosoaicismos somáticos. También hay que tener en cuenta la transmisión solo materna de la herencia mitocondrial, las características de los cambios durante las gametogénesis de las repeticiones de base o mutaciones inestables, y su significado de expresión de acuerdo con el lugar que ocupe en las generaciones de la familia el individuo afectado o portador 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, para estimar la heredabilidad y con ella 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 o la necesidad de acciones educativas especiales debido a la presencia de limitaciones visuales auditivas, motoras, mentales o cognitivas, incluso porque disminuyen las capacidades de reproducción del individuo interfiriendo en las aspiraciones de lograr la descendencia deseada.

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

Defectos congénitos

La dismorfología es la disciplina científica que, con sus propias categorías, combina conocimientos, conceptos y habilidades de disciplinas como la embriología, la genética clínica y la pediatría. Se refiere al estudio de defectos congénitos de las estructuras anatómicas en las que es posible observar anomalías del desarrollo embrionario.

Etiología, características y origen

En ocasiones existe cierta confusión en la interpretación del origen genético de los defectos congénitos y en el uso, como sinónimos, de defecto congénito y malformación congénita. Si bien los defectos congénitos pueden tener etiología genética también pueden ser el resultado de interferencias no genéticas en los mecanismos genéticamente determinados que tienen su acción en la etapa embrionaria de organogénesis.

Se puede definir como defecto congénito toda anomalía anatómica detectada en el recién nacido. Hay defectos congénitos fácilmente detectables al examen físico, pero los que corresponden a estructuras anatómicas internas se detectan sobre todo por anomalías de la función de un órgano en su totalidad, por su ausencia, o por defectos parciales que impiden su función normal. Se diagnostican durante diferentes etapas posnatales de la vida, en especial en la etapa neonatal.

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

Los defectos congénitos por su magnitud se distinguen como mayores y menores. Los primeros son 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. En los recién nacidos tienen una frecuencia del 2 al 3 %.

Los denominados menores son defectos estructurales relativamente frecuentes que denotan un desarrollo desproporcionado de una parte anatómica que, por lo general, no tienen un significado relevante en la atención médica y 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 la discapacidad intelectual. Estas anomalías menores se superponen 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 hasta el 20 %. Por tal razón el examen y detección de defectos menores o signos dismórficos es importante 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. La detección de su presencia puede identificar la expresividad variable de una enfermedad genética de herencia dominante. Es por eso que siempre se debe acudir al genetista clínico, quien está en el deber de identificar la verdadera importancia de estos.

Características. Se pueden identificar y describir algunos de los signos dismórficos y defectos genéticos menores por regiones anatómicas.

Cuero cabelludo: Ausencia de remolinos de pelo o más de tres, zonas de alopecia congénita (aplasia cutis). En cuanto al cabello propiamente dicho, ausencia, pelo ralo, quebradizo, no pigmentado, lunares de pelo blanco (fig. 51.3).

Orejas: Microtia (orejas muy pequeñas, menos de 3 cm), macrotia (orejas mayores de 6 cm en los niños menores de 6 años, y mayores de 7 cm en adultos de hasta 18 años de edad.), senos o fístulas preauriculares, apéndices preauriculares (fig. 51.4).



Fig. 51.3. 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.

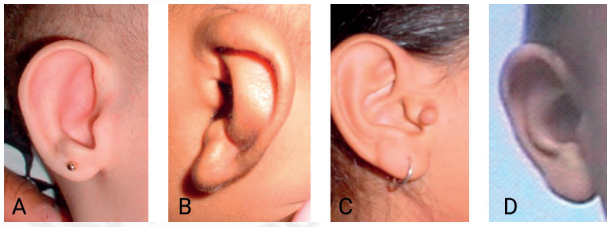


Fig. 51.4. Signos dismórficos en las orejas. A. Hélix simple, anomalía del antihélix y de la concha. B. Hélix muy enrollado a nivel superior, antihélix prominente, anomalía de la concha y del lóbulo. C. Apéndice periauricular, hélix simple, D. Oreja no dismórfica.

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 poco desarrolladas, muy pequeñas (fig. 51.5).

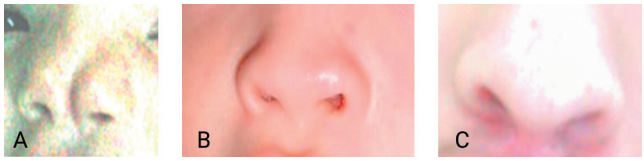


Fig. 51.5. Signos dismórficos en la nariz. A. Nariz bífida. B. Punta nasal aplanada. C. *Septum* nasal prominente.

Región ocular: Cejas ausentes, demasiado gruesas o unidas (sinofris). Pestañas ausentes o demasiado largas y arqueadas, doble hilera de pestañas. Ausencia del pliegue óculopalpebral, ptosis palpebral, hendiduras palpebrales muy pequeñas. Ojos muy separados (hipertelorismo). Ojos muy juntos (hipotelorismo). Desviaciones hacia arriba de las hendiduras palpebrales (fig. 51.6).

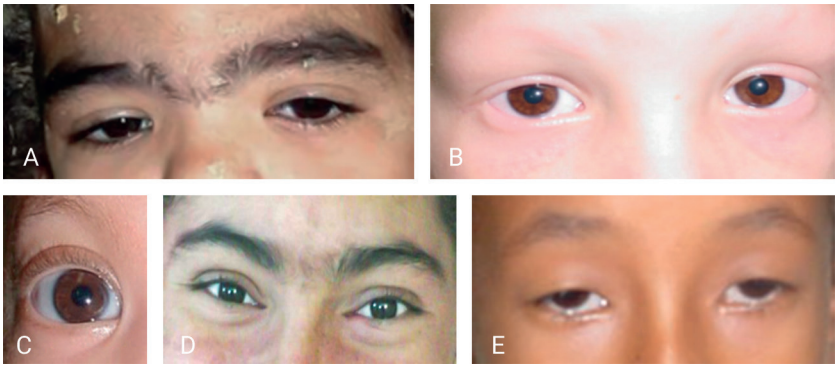


Fig. 51.6. Dismorfismo en los ojos. A. Sinofris, desviación antimongoloide y cejas gruesas. B. Ausencia de cejas y pestañas, C. Epicanto, D. Sinofris, desviación mongoloidea. E. Ptosis palpebral bilateral, hendiduras palpebrales cortas.

Boca: Labios extremadamente finos, fositas en los labios. Encías hendidas, frenillos alveolares aberrantes. Ausencia congénita de dientes, defectos de la forma de los dientes (incisivos centrales y laterales cónicos). Distancia nasolabial de 1 cm o menos, distancia nasolabial mayor de 3 cm. Lengua de punta bífida, lengua muy grande (macroglosia) mayor que la cavidad bucal, lengua muy pequeña (microglosia) (Fig. 51.7).

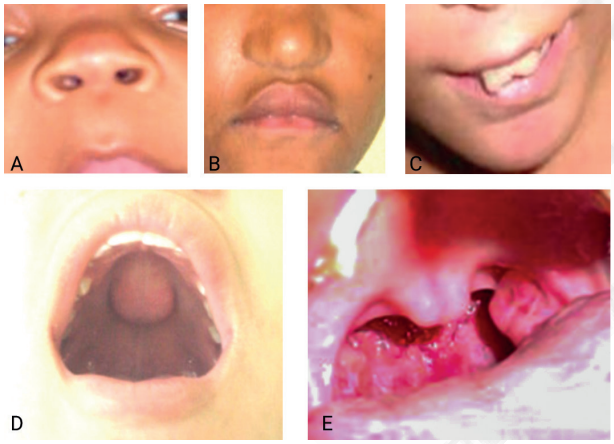


Fig. 51.7. Dismorfismo en la boca. A. Ventanas nasales en anteversión, distancia nasolabial aumentada. B. Fosas nasales pequeñas, punta nasal bulbosa, distancia nasolabial pequeña, labio superior grueso. C. Incisivos superiores grandes. D. Rodete palatino. E. Úvula bífida.

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

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

Extremidades: Brazos muy cortos, antebrazos zambos. Muslos muy cortos, piernas muy arqueadas. Ausencia de pliegues de flexión de las grandes articulaciones Presencia de muchos pliegues de piel en las extremidades de los bebitos.

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 los dedos. Pliegues de flexión de las manos anormales (surco simiano). Falanges distales muy cortas. Quinto dedo de las manos muy incurvado (clinodactilia). Talón muy prominente. Pies en mecedora (fig. 51.8).

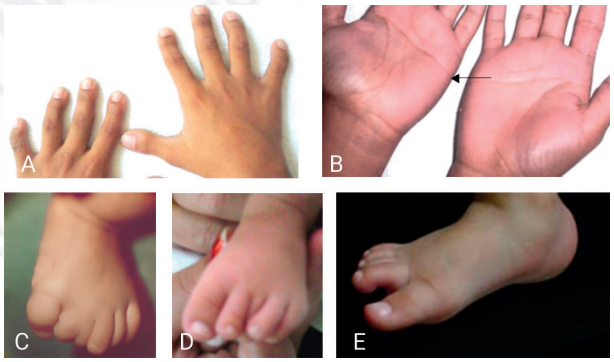


Fig. 51.8. Signos dismórficos en manos y pies. A. Braquidactilia (dedos cortos). B. Surco simiano en los pliegues de flexión de las manos. C. Sindactilia entre los dedos segundo y tercero del pie. D. Cabalgamiento de los dedos segundo y tercero del pie. E. Talón prominente.

Genitales: Aumento de volumen del clítoris. Incremento o disminución del volumen de labios mayores o menores o de ambos. Pene y escrotos muy pequeños. Testículos muy grandes (más de 3 cm de largo en prepuberales y más de 5 cm en pospúber, macrorquidismo). Testículos muy pequeños y firmes. Criptorquidia, uni- o bilateral. Hipospadia y epispadias. Hernias inguinales.

Ombligo: 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 su extensión, y si incluyen o no mucosas.

Los defectos congénitos tienen su origen en al menos cuatro tipos de fenómenos que pueden afectar la morfogénesis, generándolos. Estos son:

– Malformación. 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 durante el complejo proceso del ciclo celular de proliferación, diferenciación, apoptosis y migraciones celulares, en las funciones de proteínas, factores de transcripción y en fenómenos de gradientes de morfógenos, entre otros.
– Disrupción. Ruptura de tejidos y red de vasos sanguíneos genéticamente bien formados que conduce a defectos de estructuras, como es el caso de las bridas amnióticas.
– Displasia. Estructura anormal de tejidos que proceden de células con mutaciones y que afectan a proteínas con funciones específicas del tejido. Las displasias óseas son un ejemplo de anomalías de proteínas con función de receptores en las células del tejido conectivo comprometido con la osificación y el crecimiento de la anatomía ósea normal.
– Deformidad. Es el efecto de fuerzas inusuales sobre los tejidos genéticamente bien formados, como es el caso de las deformidades de los pies en varo o valgo, por presiones sobre estas partes fetales, posteriores a la completa morfogénesis.

Un defecto congénito primario por estas causas puede además producir una cadena de otros defectos según la etapa en que tengan lugar durante la morfogénesis. En tales casos se producen defectos en cascada 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 en el origen secuencial identificar 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.

En ocasiones el defecto ocurre en etapas tan tempranas que no es posible identificar, en el origen secuencial, si fue originado por defecto genético (mutación génica, cromosómica o multifactorial), disrupción, displasia o deformidad en un momento temprano de la morfogénesis, originando una malformación simple o un síndrome malformado múltiple de etiología no precisa.

Aberraciones cromosómicas no balanceadas

Las aberraciones cromosómicas se presentan con una frecuencia del 0,5 % en nacidos vivos, pero al propio tiempo se han observado en el 60 % de los abortos espontáneos. En la actualidad, debido a las posibilidades que ofrecen las técnicas citogenéticas 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 de discapacidad intelectual. En algunos pares cromosómicos se reportan más tipos de aberraciones que en otros y esto se debe fundamentalmente a las posibilidades de viabilidad de los cigotos afectados. Los cromosomas que tienen reportadas hasta el momento un mayor número de aberraciones cromosómicas viables son los cromosomas sexuales X y Y.

Las manifestaciones clínicas y el dismorfismo que se aprecia en 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. En las aberraciones cromosómicas que involucran a los cromosomas autosómicos y que tienen baja frecuencia se ha podido hacer un análisis de los defectos congénitos y dismorfismos de sus manifestaciones fenotípicas, lo 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.

Los criterios de elementos clínicos comunes pueden resumirse en:

– Anomalías anatómicas que varían de acuerdo con el cromosoma involucrado y la magnitud del segmento delecionado o duplicado, que involucran a genes comprometidos en las regularidades del desarrollo, pudiendo tratarse de defectos congénitos severos,

defectos congénitos 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 etapas embrionarias de la morfogénesis.
– Anomalías del crecimiento y del desarrollo que pueden estar presentes al nacimiento o que comienzan a observarse en etapas posnatales.
– Anomalías del funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) que dan lugar a discapacidad intelectual severa, moderada o profunda (epilepsias, ceguera, sordera, defectos motores) y que, muchas veces son el resultado de defectos de malformaciones congénitas de estructuras anatómicas del sistema nervioso central.

La variabilidad y magnitud del fragmento o del cromosoma afectado determina que todos los criterios no tengan que estar obligatoriamente presentes, pero el más consistente es la discapacidad intelectual.

Las aberraciones cromosómicas más comunes se caracterizan por un conjunto de signos dismórficos 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 defectos congénitos menores, incluidos signos dismórficos o más. En conclusión, una combinación de varias malformaciones es una expresión más característica de 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 dismorfismo 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 mala 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 al nacimiento defectos congénitos característicos, un ejemplo de ellos es el síndrome Smith Lemli Opitz, que se caracteriza además, por aparecer en recién nacidos moderadamente pequeños al nacimiento y por malformaciones como microcefalia, frente estrecha, ventanas nasales en anteversión, encías gruesas, micrognatia, sindactilia entre los artejos 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-dihidrocolesterol.

Anomalías 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.

El desarrollo de los genitales se produce a partir de estadios indiferenciados de las gónadas, los conductos mesonéfricos y los 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 el 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 ausencia del cromosoma Y se desarrolla un ovario. Este testículo fetal produce testosterona y su acción conduce a 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 el tercio superior de la vagina.

Los genitales externos tienen un cronograma y una 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 y la acción de una enzima denominada 5-a-reductasa, en las células del seno urogenital se produce la diferenciación del tubérculo genital; esta estructura embrionaria desarrolla el pene y se completa la 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 de desarrollo de genitales internos y externos. Algunos de ellos se relacionan a continuación:

– Sexo masculino con cariotipo 46, XX, por inserción en uno de los cromosmas X del gen SRY.
– Sexo femenino con cariotipo 46, XY, por deleción 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 Müller.
– Defectos de la biosíntesis de los andrógenos. Ejemplo de ellos son la deficiencia enzimática de 5-a-reductasa y de 21-hidroxilasa).

Por la importancia que tiene el conocimiento de la deficiencia de 21-hidroxilasa aquí se describirá de modo especial la hiperplasia adrenal congénita, también denominado síndrome adrenogenital. Se produce por una anomalía de retroalimentación de los centros superiores del sistema nervioso central liberadores de la hormona adrenocorticotrópica (CRH), que activan la producción de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) en la pituitaria anterior, 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 deoxicórticosterona 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-horoxilasa no funcional en su totalidad 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 embriofetal.

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 deleciones, duplicaciones y mutaciones puntuales. La caracterización de estas mutaciones es posible por análisis de técnicas moleculares de reacción en cadena de la polimerasa, PCR por su sigla en inglés.

Deficiencia clásica de 21-hidroxilasa. Esta deficiencia es de herencia autosómica recesiva, influida por el sexo, aparece con una frecuencia de uno en 5000 y se caracteriza por presentar dos formas: Una forma perdedora de sal que aparece en tres cuartos de los casos

y una forma no perdedora de sal que aparece en un cuarto de los casos. Esta heterogeneidad clínica está en correspondencia con la 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 concentración anormal de dihidrotestosterona y al incremento anormal de andrógenos que induce a la virilización de genitales externos cromosómicamente femeninos. 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. De ahí que, al ser detectada más temprano en neonatos femeninos esta enfermedad genética se identifique como una herencia mendeliana influida por el sexo.

Ambas formas causan 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. 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 amenazan 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 alerta clínicamente hacia el diagnóstico de esta entidad genética, en los varones sin anomalías en genitales externos puede perderse tiempo pensando en otras condiciones que producen pérdida de sales.

En la actualidad el sistema de salud cubano cuenta con la pesquisa neonatal de esta enfermedad genética por el sistema ultramicroanalítico SUMA, que permite la detección y los tratamientos endocrinos oportunos, así como la atención genética de esta entidad.

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

La pesquisa neonatal de este error innato del metabolismo favorece 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 sicólogo en el equipo de especialistas involucrados en el seguimiento de estos pacientes en la atención primaria de salud.

Defectos congénitos de herencia multifactorial

En la morfogénesis existen numerosas acciones poligénicas que, en caso de mutaciones de algunos de esos genes, pueden expresar defectos congénitos de herencia multifactorial. 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 gravedades 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. Por eso es que en la actualidad se indica ácido fólico a las parejas, con énfasis en las mujeres que se encuentren en edad reproductiva, como atención preventiva preconcepcional.

La probabilidad de recurrencia de estos tipos de defectos 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 presenta 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.

Defectos congénitos de etiología ambiental

El desarrollo embriofetal 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 embriofetal presenta células que potencialmente pueden ser diana de agentes externos. Estos agentes que interfieren en el desarrollo embriofetal 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, la función bioquímica, anatómica y fisiológica se exprese normal en el recién nacido.

Estas sustancias o agentes extraños pueden accionar de manera diferente y cuando actúan en el periodo comprendido entre la fecundación y la segunda semana (preimplantación) de la gestación pueden dar lugar a la eliminación del cigoto, antes de que incluso la mujer advierta su embarazo, o a un grado de afectación celular tal que conlleve a la pérdida de células que comienzan a producirse en 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 embriofetal, ya que aún no hay una diferenciación celular que comprometa el destino de las células. Pero también puede ser una casusa de abortos en este periodo temprano de la gestación, por lo que, al confeccionar el árbol genealógico esta historia reproductiva tiene gran importancia, y conduce al interrogatorio sobre consumo de agentes con potencialidades de ser teratógenos.

La morfogénesis se completa entre la tercera y octava semanas del desarrollo, para algunos órganos se extiende hasta la semana doce. La acción de agentes extraños o sustancias con acción teratogénica en este periodo de la gestación puede 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 muy severas que se expresan en malformaciones múltiples.

Algunos agentes con estos efectos teratogénicos consumidos en etapas avanzadas de la embriogénesis solo afectan el periodo de maduración fetal y provocan alteraciones funcionales, otros interfieren únicamente con los mecanismos de nutrición determinando defectos del crecimiento.

En el periodo final de la morfogénesis, sobre la semana 12 y hasta el 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 crecimientos desproporcionados de partes fetales y, en consecuencia, se pueden observar signos dismórficos o defectos menores. Algunos órganos y en especial el sistema nervioso central, por las características progresivas de la morfogénesis del sistema, 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 producirse un crecimiento intrauterino retardado.

Cuando estas sustancias producen anomalías 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 sistema nervioso central 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:

– Tipos y dosis del agente y su tiempo de exposición.

– 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 denominada fenocopia. El interrogatorio es fundamental en el orden diagnóstico.

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

Agentes teratógenos exógenos. Estos agentes se clasifican, atendiendo a su naturaleza, en biológicos, químicos y físicos.

Biológicos: Son agentes infecciosos que afectan al embrión en el útero, producen acciones sobre el embrión en diferentes momentos del desarrollo y ocasionan alteraciones en el programa de desarrollo celular del periodo embrionario en el que hagan su aparición. La patogénesis de la mayoría de sus efectos, si no todos, se debe a la disrupción de los tejidos en formación o ya formados, una vez que comiencen a reproducirse intraútero.

Los efectos de estos agentes por disrupciones del proceso embrionario 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, la varicela zóster, la rubéola, más reciente el zika, algunos tipos de bacterias, las espiroquetas (sífilis) y 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:
– Los químicos ambientales entre los que se destacan aquellos que contaminan el ambiente como los componentes mercuriales y pesticidas.
– La drogas como el consumo de alcohol, tabaco y otras como cocaína, marihuana, opiáceos y fármacos comunes no prescriptos como los salicilatos, la talidomida, etc.
– Drogas prescriptas, como los agentes anticancerígenos, anticoagulantes, antibióticos aminoglucósidos (estreptomicina, gentamicina), anticonvulsivantes como la trimetadiona, fenoteína, barbitúricos, entre los más importantes el ácido retinoíco, y muchos otros.

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 sistema nervioso central, 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 radiológicos específicos, como las tomografías, 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 para el desarrollo embrionario, 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 sistema nervioso central, pueden provocar defectos de procesos celulares como la proliferación, migración y muerte celular programada y expresar defectos, en especial del desarrollo de estructuras cerebrales y otros defectos del sistema nervioso en el proceso de desarrollo 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 pueden incluirse el efecto de fuerzas mecánicas capaces de afectar el proceso de desarrollo embriofetal 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, 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 el reconocimiento por su expresión física desde el punto de vista médico, ejemplo de ellos son síndromes como el fetal por rubéola, el fetal por citomegalovirus (CMV), el fetal por alcohol y por hipertermia, etc. 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; 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. Se ilustra a continuación 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 solo tienen esta mutación no presentan sordera, pero sí una predisposición a padecerla por la acción ototóxica de aminoglucósidos. Una mujer que presente esta mutación tendrá afectado todo el genoma mitocondrial y, en consecuencia, transmitirá 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 de forma aparentemente aislada a varios individuos con sordera. En estos casos es necesario realizar un análisis de posible segregación en correspondencia con una herencia mitocondrial.

Teratógenos endógenos. Se trata de condiciones endocrino-metabólicas maternas anormales no tratadas en mujeres que las padecen. El ejemplo más ilustrativo de una condición endocrino metabólica anormal, aunque no el único, es la diabetes insulinodependiente. Esta es la 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, al afectar sobre todo a fenómenos embrionarios relacionados con afectaciones en las concentraciones programadas de gradientes de morfógenos. También la diabetes materna determina anomalías en el crecimiento y el desarrollo fetal, tanto deficiencia como sobrecrecimiento, este último, produce, cuando menos, el riesgo de defectos congénitos por deformidades, debido a un crecimiento fetal mayor al de las posibilidades de adaptación del útero y por presiones sobre el desarrollo en la etapa fetal, como los defectos en la terminación de la movilidad de las articulaciones o deformidades asimétricas cefálicas.

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, sobre todo con efecto en el sistema nervioso central evidenciado por microcefalia y discapacidad intelectual.

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 su pronóstico y un tratamiento específico, sino para establecer estrategias preventivas preconcepcionales (véase el capítulo 52, “Riesgo genético 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.

Etiológia genética

La primera evidencia genética de discapacidad intelectual fue delineada por Landon Down (1876) al descri-

bir 62 casos que definió como mongolismo. En 1959, con los avances técnicos citogenéticos de la época, el profesor francés Lejeune describe la presencia de un cromosoma extra, al que denominó cromosoma 21, en personas con este tipo de fenotipo, previamente descrito por el Dr. Langdon Down, en 1866.

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

– Parálisis cerebral.
– Epilepsia.
– Ceguera o baja visón.
– Pérdida auditiva.
– Déficit de atención e hiperactividad.

Estas asociaciones son más frecuentes en pacientes con formas más severas de discapacidad intelectual.

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades en su novena edición con modificaciones clínicas (ICD-9-CM) se define la severidad de la discapacidad intelectual (DI) en las siguientes categorías:

– DI ligera. Coeficiente de inteligencia (CI) de 50 a 70.
– DI moderada. Coeficiente de inteligencia de 35 a 49.
– DI severa. Coeficiente de inteligencia de 20 a 34.
– DI profunda. Menos de 20.

La OMS clasifica en dos grupos la discapacidad intelectual para las investigaciones dirigidas a identificar etiología:

– Severa. Coeficiente de inteligencia inferior a 50 (RMS), comprende la discapacidad intelectual moderada, severa y profunda.
– Ligera. Coeficiente de inteligencia entre 50 y 70 (RML).

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

La etiología de la discapacidad intelectual puede atribuirse tanto a factores genéticos como ambientales. A su vez, difiere considerablemente en función de la severidad del coeficiente de inteligencia.

Cuando el coeficiente de inteligencia es inferior a 50, las causas genéticas o ambientales son demostrables en casi el 90 % de los casos, no es así cuando el coeficiente de inteligencia se encuentra entre 50 y 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 con las posibilidades reales de conocer sus causas, la discapacidad intelectual puede clasificarse en:

– Prenatal.
– Perinatal.
– Posnatal.
– Inclasificable.
– Sicosis.

Prenatal: Esta clasificación se propone cuando la discapacidad intelectual se acompaña de uno o más defectos congénitos o de más de tres defectos congénitos menores o signos dismórficos bien definidos, especialmente aquellos que tienen menos modificaciones con la edad.

Otros indicadores de factores prenatales en la etiología de la discapacidad intelectual son:

– Bajo peso para la edad gestacional.
– Antecedentes maternos de exposición durante la gestación a agentes biológicos, físicos o químicos de conocido efecto teratogénico.
– Enfermedades maternas conocidas del tipo endocrino-metabólicas, hipertensión arterial u otras que puedan repercutir en la salud fetal.
– Antecedentes familiares de consanguinidad o padres con algún tipo de parentesco.
– Familiares de primer grado con discapacidad intelectual.
– Evidencias de la discapacidad intelectual con criterios de herencia autosómica dominante o ligada al cromosoma X.

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

Posnatal: 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.

Inclasificable: Cuando en ausencia de todos los posibles factores causales anteriores no existieran evidencias etiológicas de discapacidad intelectual, no se cuente con elementos clínicos o técnicos que permitan identificar etiología genética o ambiental.

Psicosis: Se clasifica como discapacidad intelectual por psicosis al autismo infantil primario con discapacidad intelectual u otras psicosis asociadas a la discapacidad intelectual con diagnóstico especializado de psiquiatría y no forman parte de síndromes ni están relacionados con la presencia de malformaciones.

Aberraciones cromosómicas

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 de la discapacidad intelectual.

Los avances actuales en la citogenética molecular permiten, por otra parte, identificar pequeños defectos submicroscópicos de cromosomas autosómicos que se correlacionan con la presencia de discapacidad intelectual en pacientes con cariotipos de rutina normales. Ahora se conoce que las aneuploidias del cromosoma X presentan gradaciones de discapacidad intelectual 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 DI severa, 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 discapacidad intelectual. Estudios epidemiológicos han permitido reconocer a la trisomía 21 o síndrome Down como la causa genética más frecuente de discapacidad intelectual.

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 mal diagnóstico 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 dismórficos presentes en el recién nacido. La evaluación de un dismorfismo determinado o de varios signos dismórficos 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.

Criterios de signos de Hall:

– Perfil facial plano (90 %).
– Desviación hacia arriba de las hendiduras palpebrales (mongoloide) (80 %).
– Anomalías 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 de etiología genética monogénica

La gran cantidad de genes involucrados en el desarrollo y en las 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 la neurogénesis de este vulnerable e importante sistema.

Muchas de estas entidades constituyen síndromes complejos, también heterogéneos, algunos bien delineados y otros en proceso de investigación. A continuación, un ejemplo de la historia de este tipo 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 discapacidad intelectual. 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 eso es que en las pesquisas citogenéticas estos criterios para la observación de esa fragilidad en el cromosoma X se incorporaron en grupos de varones clasificados hasta ese momento con discapacidad intelectual prenatal inespecífica o en el grupo de inclasificables.

Fue un suceso científico que abrió nuevos conocimientos genéticos importantes. Aparece con él el concepto de mutaciones dinámicas. En el 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 hasta 52 y que se encuentra localizado en el cromosoma X en la región q27.3. En el año 1991 se descubrió la mutación y el gen del síndrome, al que se le denomina FMR 1.

Características de la mutación dinámica del gen FMR1. Tiene cuatro alelos:

– Alelo normal (CGG) n = 6-44.
– Alelo intermedio (CGG) n =45-54.
– Premutación (CGG) n 55=199.
– Mutación completa (n >200-1000 o más). La presencia de DI 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, las que a su vez tendrán diferentes riesgos en correspondencia con el número de repeticiones.

Porciento de riesgo de tener hijos varones con el síndrome frágil X, según el número de repeticiones CGG en portadoras:

– Entre 50 y 59: riesgo incrementado de premutaciones y bajo riesgo de tener hijos varones afectados por discapacidad intelectual.
– Entre 60 y 69: 20 % de riesgo de producir gametos con cromosoma X con la mutación completa.
– Entre 70 y 79: 75 % de riesgo de producir en los gametos mutación completa.
– Entre 80 y 89: 80 % de riesgo de producir en los gametos mutación completa.
– Más de 90 repeteiciones: 100 % de riesgo de producir en los gametos mutación completa y por tanto riesgo del 50 % de tener hijos varones con el síndrome.

Los individuos con el síndrome frágil X presentan características dismórficas pobres al nacimiento. Generalmente se trata de neonatos de buen peso, talla y circunferencia cefálica entre 35 y 36 cm. El primer síntoma está relacionado con cierto retardo del neurodesarrollo que va en incremento con la edad; 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 dismorfismos como cara alargada, mentón prominente, paladar ojival, hiperlaxitud de articulaciones, piel suave y aterciopelada, anomalías esqueléticas propias de los defectos del tejido conectivo como pies planos, pectus excavatum o carinatum. Ya en la pubertad la discapacidad intelectual se perfila mejor y se añaden características craneofaciales como cara larga y estrecha, mentón muy grande, orejas grandes y la presencia de testículos muy grandes o macroorquidismo.

Otros hallazgos son:

– Cardiovasculares. En ecografía prolapso de la válvula mitral 55 %.
– Disfunción endocrina. Fenotipo muy obeso.
– Disfunción renal e hipertensión.
– Infecciones auditivas recurrentes.
– Epilepsia (22 %).
– Electroencefalograma con anomalías.
– En neuroimagen: ventrieculomegalia, vermis cerebelar posterior pequeño.

Las familias con varones que presentan discapacidad intelectual 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 o innatos del metabolismo también han sido causa importante de DI, un ejemplo de ello es la fenilcetonuria (PKU). Esto motiva la realización de pesquisas metabólicas, tanto neonatales como en poblaciones de riesgo, incluidas las instituciones para la atención de pacientes con discapacidad intelectual.

Una buena historia clínica y el árbol genealógico pueden 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 un tratamiento que mejore la calidad de vida del afectado y puede, además, generar información dirigida hacia el tratamiento familiar del enfermo

y a la prevención preconcepcional de la enfermedad en las familias afectadas. El médico general integral debe realizar las interconsultas no solo con el neurólogo, sino también con el genetista clínico.

Alrededor del 65 % de las enfermedades de etiología genética se acompañan de trastornos neurosicológicos, los más frecuentes relacionados con la discapacidad intelectual. Los defectos neurocutáneos tienen especial repercusión en la etiología de la discapacidad intelectual, ya que presentan también, por el origen ectodérmico embrionario, riesgo de anomalías en la función neurológica de su fenotipo. Son ejemplos las facomatosis, término ya poco usado para definir enfermedades genéticas que comprometen al neuroectodermo; entre ellas 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, discapacidad intelectual 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 esclerosis tuberosa (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. El signo diagnóstico más importante por su simple observación es la presencia en cualquier área de la piel de manchas hiperpigmentadas llamadas de café con leche. Más de cinco manchas de este tipo de 2 cm de diámetro se consideran un criterio diagnóstico. Los neurofibromas pueden aparecer de forma progresiva 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, la discapacidad intelectual suele ser ligero o solamente observarse trastornos del aprendizaje, en estos casos la discapacidad intelectual severa y profunda 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.

La neurofibromatosis tipo 1 es una enfermedad autosómica dominante en la que se reporta el 50 % de nuevas mutaciones y que fue detectada como causa de discapacidad intelectual 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 2810 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 6800. En un estudio clínico genético en personas con discapacidad intelectual realizado en Cuba, el CET estuvo presente en casi todas las provincias del país.

Aunque por mucho tiempo se consideró que las características clínicas se limitaban a la triada representada por epilepsia, discapacidad intelectual 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 la 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": zona de la piel ligeramente elevada, rugosa, de color amarillo carmelita con textura como la corteza de una naranja y que por lo común se detecta en la región dorsal del tronco, sobre todo 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 de manera simétrica en alas nasales mejillas y pliegues nasolabiales. Aparecen a partir de los 5 años y en la pubertad.
– Placa frontal: 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 los nódulos subependimales, los tubérculos corticales, los quistes renales, el carcinoma renal, riñones poliquísticos, hamartomas de retina, anomalías pigmentarias de la retina, rabdomioma cardiaco, linfangiomatosis pulmonar, hamartomas de hígado, junto a otras manifestaciones ya menos frecuentes.

Hay dos loci involucrados en el complejo esclerosis tuberosa, uno se encuentra en el crmosoma 9 (9q34) y a ese gen se le nombra TSC 1, 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 tuberina. Ambas proteínas se expresan en las neuronas y normalmente interactúan una con la otra. El defecto genético funciona, como en la NF1, según el modelo de genes supresores tumorales por la pérdida de heterocigocidad (véase, más adelante, retinoblastoma).

Ambos defectos genéticos presentan una herencia autosómica dominante. Cuando se detectan quistes renales puede 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 deleción 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, por ser 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 no sindrómica

La discapacidad intelectual por sí misma y como síntoma fundamental también puede ser originada por mutaciones simples con herencia mendeliana. En el sitio web de enfermedades hereditarias en el humano OMIM *online* se presentan formas de discapacidad intelectual con herencia autosómica dominante, herencia autosómica recesiva y herencia recesiva ligada al cromosoma X, cuyo número se ha ido incrementando con la aplicación de tecnologías de secuenciación de todo el genoma y de secuenciación de exoma. Las mutaciones de genes localizados en el cromosoma X que producen discapacidad intelectual explican en gran medida la frecuencia mayor de varones en estudio de poblaciones afectadas por esta discapacidad.

Discapacidad intelectual de herencia multifactorial

Cuando el individuo afectado tiene una discapacidad intelectual y no se ha comprobado que es parte de la expresividad variable de un síndrome monogénico específico de una secuencia o de un síndrome malformativo múltiple y, al confeccionar el árbol genealógico se detectan otros familiares de primer segundo o tercer grado afectados (madre, padre, hermanos o hijos) por igual dicacidad intelectual, con grados diversos o iguales del coeficiente intelectual, y por el análisis de segregación no se descubren los criterios de los tipos de herencia monogénica mendeliana, entonces hay que tener en cuenta que esa agregación familiar puede corresponderse con un tipo de herencia multifactorial, que se debe a la acción aditiva de poligenes que contribuyen cuantitativamente a ese fenotipo. En este caso el fenotipo es el resultado de la acción de varios genes que contribuyen a la expresión de caracteres cuantitativos (fenotipos que pueden ser medidos. Ej.: el coeficiente intelectual). En ese caso se propone agregación familiar en el curso de una herencia multifactorial.

También en las herencias multifactoriales puede identificarse la presencia de consanguinidad en padres de individuos con discapacidad intelectual no sindrómica. Esto se debe al incremento de probabilidad de que en el genoma de ambos padres se compartan características similares en los poligenes involucrados en la complejidad del desarrollo de la neurogénesis y posteriores funciones del sistema nervioso central.

Discapacidad intelectual debida a factores ambientales prenatales

El desarrollo embrionario y fetal del sistema nervioso central tiene la característica de ser el primero de los

sistemas que se organiza y el que aún es inmaduro al nacimiento. Esto lo hace particularmente vulnerable a la acción de los agentes teratógenos ya referidos como factores causales de defectos congénitos. El consumo del alcohol durante cualquiera de los periodos de la gestación puede explicar la presencia en el hijo de discapacidad intelectual. En familias que consumen alcohol como costumbre, al elaborar el árbol genealógico puede identificarse una seudo- o falsa herencia mendeliana autonómica dominante. En la práctica de la genética clínica se tienen estas evidencias, que se han confirmado al realizar intercambios a nivel comunitario sobre las costumbres familiares relacionadas con el consumo de alcohol.

Discapacidad intelectual prenatal inespecífica e inclasificable

Se clasifica como discapacidad intelectual de etiología inespecífica cuando se agotan las investigaciones que permiten descubrir la etiología genética o ambiental prenatal específica de los dismorfismos presentes.

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, tampoco se identifica, incluso por fotografías, la huella que pudieron haber dejado y que se revelan al descubrir la presencia de dismorfismos específicos. Cuando esto ocurre a la discapacidad intelectual se le denomina como inclasificable. No existen evidencias de factores causales genéticos o ambientales y el individuo no presenta en su examen físico ningún dismorfismo que permita identificar la posible presencia prenatal de su discapacidad.

Un varón con discapacidad intelectual inclasificable, sin historia familiar alguna de parientes con esta discapacidad, podría tratarse del resultado de un hemicigótico (mutación de novo ligada al cromosoma X), conociendo que existen un gran número de evidencias de genes con loci en el cromosoma X cuyas mutaciones producen discapacidad intelectual no sindrómica. Podría tratarse también de un individuo único en una forma de retraso mental multifactorial, haber sido la consecuencia de una enfermedad materna o la acción de un agente que afectara 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 la DI inclasificable se salen del contenido de este capítulo.

Discapacidades visuales de origen genético

El término que se utiliza para referirse a las personas con discapacidades visuales de origen genético es el de ciegos y débiles visuales, actualmente se denomina a este defecto disparidad visual, personas sin visión alguna o con visión defectuosa. Los factores causales en estos casos son genéticos o ambientales. Los 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 expone, en múltiples momentos del desarrollo y de los procesos celulares al órgano de la visión al efecto de agentes externos, cuya expresión posterior puede simular un defecto de origen genético o fenocopia con un amplio espectro en cuanto a severidad y tipos clínicos. Esto dificulta la caracterización genética de los casos con defectos visuales congénitos que se presentan como casos esporádicos en familias extensas.

Los agentes ambientales que actúan después del nacimiento 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. 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 variarán en frecuencia de acuerdo con las características poblacionales y de la muestra de los estudios realizados. Si solo se tienen en cuenta muestras de personas con esta discapacidad, pero sin discapacidad intelectual, los defectos monogénicos serán los de mayor frecuencia.

En un estudio de caracterización realizado en nuestro país en 134 niños con discapacidad visual 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 dejan generalmente su huella al nacimiento, los defectos genéticos pueden manifestarse desde el nacimiento y en diferentes etapas después del nacimiento. Eso deberá diferenciarse bien, porque puede que un defecto congénito no se detecte al nacimiento, debido a un examen incompleto por diversas razones, y 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 más bien estático, aunque por su localización pudiera afectar de manera progresiva la visión. No ocurre así en los 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 diversas etapas de la vida que pueden ser muy tardías.

Hay numerosos ejemplos de ello. En el estudio realizado, antes mencionado, las causas genéticas hereditarias tuvieron la siguiente distribución: autosómicas dominantes 37,8 %, autosómicas recesivas 39,0 %, ligadas al cromosoma 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 inmunitarios de que ocurrió una infección en la gestante. Por supuesto, en estos casos se 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 su impronta 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. Estos casos, como en la etiología del retraso mental, quedaron clasificados como prenatales inespecíficos en la investigación a la que ya se ha hecho referencia y representaron el 28 %.

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

Discapacidades intelectuales que causan 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 discapacidad visual.

Defectos congénitos severos de anexos oculares. Son defectos del desarrollo de la región ocular, entre ellos están el criptoftalmo, colobomas de los párpados, disrupciones de párpados, sinequias de párpados u otras anomalías que afectan la función protectora del globo ocular. Están también:

- 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, heterocromía del iris parcial o total.
- 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 provocada por agentes teratógenos.

Al nivel de la medicina comunitaria la discapacidad visual por estas causas debe ser analizada para poder identificar sus factores etiológicos específicos y realizar las acciones preventivas posibles, debido al riesgo de recurrencia.

Las discapacidades visuales por estas causas pueden ser detectadas desde el momento del nacimiento, cuando se conoce de la existencia de defectos congénitos que pueden afectar la visión y se realiza el examen ocular adecuado. 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 subluxación de los cristalinos, cambios epidemiológicos como consecuencia de la mejor carac-

terización genética y clínica, sus manifestaciones clínicas y, además, por los conceptos que su estudio ha aportado a la comprensión de la expresión de los genes, se hacen a continuación algunas observaciones 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 primera vez en el año 1886 por un pediatra francés de apellido Marfan. Siempre se pensó en un defecto del tejido conectivo debido a las características comunes de sus manifestaciones clínicas, alta talla, dolicoestenomelia y una abundante constelación de defectos ortopédicos, dilatación progresiva de la aorta ascendente y aneurismas disecantes, defectos visuales severos por luxación de los cristalinos y por 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, a través de 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 que el descubrimiento de mutaciones del gen que codifica para la fibrilina (FBN1) explicó con su efecto pleitrópico la fisiopatología de esta enfermedad genética. Hoy se conoce que este gen FBN1 tiene su locus en 15q 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- e interfamilias.

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

En el sistema esquelético se tienen en cuenta al menos cuatro de las 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 (criterio radiológico). Se consideran criterios menores: pectus excavatum moderado, hiperlaxitud articular, dismorfismo cráneofacial (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 nórtico (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, defecto que se busca con dilatación completa del iris en lámpara de hendidura. Como criterios menores se consideran la córnea plana medida por queratometría, el incremento de tamaño del globo ocular medido por ultrasonido, la disminución de miosis por hipoplasia de músculos ciliares y la hipoplasia del iris.

Se ha añadido un criterio mayor al encontrarse una alta frecuencia de ectasia dural a nivel del sacro en personas afectadas; esta se evidencia al realizar radiografías de la columna lumbosacra. Aparece del 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 deben realizarse radiologías para precisar mejor el daño, tomografía o resonancia magnética. En mujeres síndrome Marfan con manifestación extrema de la ectasia a modo de meningocele intrapelvico, este 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 mm, por lo que las mujeres afectadas en edad reproductiva deben tener una atención periódica en los servicios de asesoramiento genético y en el de Genética Clínica.

La prevalencia de esta enfermedad se ha estimado entre 4 y 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.

Discapacidad intelectual de origen genético de comienzo posnatal

Se trata de defectos visuales de origen genético y por tanto prenatal, pero su instalación es progresiva y siempre se detectan en etapas posnatales de la vida (de comienzo infantil, juvenil o del adulto). Todas ellas tienen la característica de estar involucradas en otros síndromes genéticos o de ser no sindrómicas y, por tanto, constituir anomalías visuales primarias *per se*. A continuación, algunos ejemplos de estas últimas:

Retinosis pigmentaria. Es una enfermedad de gran heterogeneidad genética tanto alélica como no alélica. 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 y formas ligadas al cromosoma X recesivas. Un gran número de casos constituyen casos únicos en la familia, 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 hemicigótico (herencia recesiva ligada al cromosoma X) en una familia en la que, hasta ese momento, no se había expresado la enfermedad. En estos casos únicos también podría 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 con 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 se salen de los propósitos de este texto por su grado de especialización.

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

Opacidades corneales progresivas. Por su heterogeneidad se les presta especial atención 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 la primera década de la vida. Las anomalías pueden ser detectadas con lámparas simples o con el oftalmoscopio, pero para su diagnóstico temprano requieren del 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 córnea involucrada.

Se pueden constatar 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, se expresa 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 Descement.
– Distrofias corneales en el curso de efectos pleitrópicos de mutaciones que corresponden a enfermedades sistémicas: por las característica bioquímicas y la 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 para poder 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 heredodegenerativos, 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 atrofia óptica no congénita tiene un comienzo subagudo en la primera década de la vida (entre los 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 una puntuación (*lod score,* intensidad del ligamiento entre los genes en estudio) con valores de +10,3, que indica ligamiento y, por tanto, localización de este gen con sus mutaciones 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 de forma temprana para su mejor atención y prevención.

Neuropatía óptica hereditaria Leber. Se confunde con la atrofia óptica 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 atrofia óptica autosómica dominante por presentarse al inicio de forma monocular. Dos meses, aproximadamente, después de comenzar un ojo aparecen las manifestaciones en el otro ojo, hasta que se vuelve bilateral. La neuropatía óptica es además dolorosa, lo que constituye un valioso síntoma para el diagnóstico diferencial. 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 atrofia óptica 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); se han descrito diferentes mutaciones. La severidad y las diferencias de expresión pudieran estar en relación con los fenómenos que se describen en este tipo de herencia relacionados con la distribución celular de las mitocondrias y con el ADN mutado y no mutado (homoplasmia y heteroplasmia). La transmisión es solo por vía materna, aspecto 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 una de las enfermedades malignas cuyo defecto molecular constituye un modelo de comprensión de algunos tipos de cánceres, y por ser causa frecuente de ceguera en la infancia, se le 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 el 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 en la preservación de la vida, sino también de la visión está 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 o 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 retinoblastoma 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 se le denomina retinoblastoma unilateral (RbU).

El retinoblastoma bilateral presenta una herencia autosómica dominante con penetrancia reducida de la mutación y expresividad variable. Esto explica que, cuando el diagnóstico se produce al nacimiento o en los 12 primeros meses de vida, aun 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 la explicación está 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 células de las personas que presentan una mutación de este gen RB1 en uno de sus dos cromosomas 13 son heterocigóticas para esta mutación (RB1+/RB-) y a su vez, todas sus células somáticas son vulnerables a una segunda mutación, por lo cual ambos cromosomas 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. Agentes como las radiaciones ionizantes pueden hacer diana en los cromosomas 13 de varias de esas células somáticas heterocigóticas, las que pierden esta condición genética y, por tanto, no hay función de la proteína Rb. Se desarrollan entonces los tumores que caracterizan a este tipo de retinoblastoma, debido a la falta del control de la división celular.

Este fenómeno explica que aspectos clínicos como el 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 de 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 en homocigótica para esa mutación. Al tener el individuo una mutación de origen germinal todas sus células somáticas ya tienen 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. Un individuo, aunque tenga la primera mutación, puede que no presente LOH nunca en ninguna de las células somáticas de la retina por un segundo golpe mutacional, posiblemente por no acción del agente mutágeno ocasionado por la acción de la luz ultravioleta en etapas neonatales y en el primer año de vida.

La formación del tumor en los niños que presentan retinoblastoma unilateral de forma esporádica no hereditaria 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 la 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 llegan ahora 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 el 50 % de probabilidad de que hayan heredado la predisposición a este tipo

de cáncer. Ese niño debe ser examinado minuciosamente por un oftalmólogo cada cierto tiempo hasta que pase el riesgo de una segunda mutación, si se detecta el tumor o los tumores en este periodo, el tratamiento aun no necesita ser tan dramático, como la enucleación, y se puede incluso preservar no solo el ojo, sino también su visión.

En ausencia o en presencia de antecedentes familiares, el especialista debe estar atento en la atención primaria de salud a las consultas, atender 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, 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, 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 la posibilidad de ofrecer un 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, si sus anomalías no afectan las estructuras externas puede que sean detectadas de forma más tardía que las visuales.

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

Las gradaciones de hipoacusia pasan muchas veces inadvertidas en el diagnóstico y es muy difícil determinar su prevalencia, pero se ha estimado que la sordera de origen genético tiene una prevalencia de 1/650 a 1/2000.

La discapacidad auditiva se clasifica por su edad de inicio:
– Congénitas (prelinguísticas).
– Tempranas (prelinguísticas y poslinguísticas).
– 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 y del oído externo.
– Mixtas: daños conductivos asociados a daños 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, las primeras pueden ser genéticas o ambientales. Sin embargo, cuando se excluyen las 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 que expliquen 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 severo pueden ser analizados de acuerdo con otros órganos o sistemas involucrados.

Pueden estar involucrados con:
– Alteraciones del oído externo.
– Patología ocular.
– Alteraciones musculoesqueléticas.
– Defectos de piel y anexos.
– Enfermedad renal.
– Defectos metabólicos.

Las sorderas no sindrómicas solamente tienen alteraciones audiológicas y representan dos tercios de los pacientes con discapacidad auditiva de origen genético. 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 hemicigótico. También existe la sordera por mutaciones en el

ADN mitocondrial con herencia materna, referenciada al explicar la susceptibilidad genética ambiental.

Son las discapacidades auditivas severas de herencias recesivas sensorineurales (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 (del 6 al 7 %), que es autosómica dominante, pero su edad de inicio, progreso y severidad varían incluso dentro de una misma familia.

Ya se conocen muchas de las mutaciones que producen estas discapacidades auditivas 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 defecto auditivo 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 reconocen en herencias:

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

Con las investigaciones continuas de secuenciación genómica y exómica, estos números de heterogeneidad genética crecen considerablemente. Los avances en el conocimiento genético de las discapacidades auditivas han sido de gran importancia, no solo por su impacto preventivo, sino en la evaluación del pronóstico y en la valoración de tratamientos especiales, como es el caso de los implantes cocleares.

Discapacidades motoras

Las discapacidades motoras sin discapacidad intelectual se clasifican por su etiología en genéticas y ambientales. Los defectos ambientales posnatales son identificados fácilmente por la historia del agente que los provoca. Por eso se analizarán los factores prenatales ambientales y genéticos. Como existen una gran cantidad de enfermedades genéticas y de defectos congénitos, para la organización de su estudio la observación se basará en el carácter estático o progresivo de la discapacidad.

Discapacidades motoras no progresivas por defectos congénitos de las extremidades

Las discapacidades motoras no progresivas por defectos congénitos de las extremidades se caracterizan por reducción de extremidades y contracturas articulares, de forma independiente o ambos defectos simultáneos, o por defectos óseos en el curso de disostosis óseas (afectación anatómica congénita del desarrollo de uno o varios huesos) o displasias que afectan a toda la estructura ósea y dan lugar a un gran número de síndromes. Por su etiología esta reducción de extremidades y contracturas articulares pueden ser agrupadas en no genéticas y genéticas

No genéticas. En este grupo están comprendidos los defectos congénitos provocados por 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, por su naturaleza, otras interferencias que se expresan de acuerdo con el momento del desarrollo como elementos disruptivos en la embriogénesis. Pueden resultar en defectos severos y complejos en correspondencia con la severidad de la anomalía de los fenómenos de angiogénesis, o aparecer más tardíamente afectando el crecimiento normal y asimétrico de estructuras óseas y musculares, que incluyen estructuras vasculares necesarias para el desarrollo y el crecimiento normal. El antecedente de madre diabética es común en estos casos, debido a la frecuencia con que están presentes los defectos congénitos podálicos.

Fuerzas mecánicas que comprimen estructuras vasculares importantes o la acción directa de bridas amnióticas producen severas anomalías 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).

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

Genéticas. En este grupo están comprendidos defectos congénitos como la disostosis, que afecta extremidades superiores, inferiores o ambos, incluyendo anomalías esqueléticas que involucran a toda la columna vertebral o regiones de esta. Las displasias óseas son un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas que involucran al esqueleto y originan anomalías en la forma y la longitud de las extremidades, de columna vertebral y cráneo.

Las osteocondrodisplasias se dividen de forma más específica en:

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

Acondroplasia: Dentro de las osteocondrodisplasias la acondroplasia es la baja talla desproporcionada. Su frecuencia en la población general es de 1 entre 15 000. Afecta tanto a hombres como a mujeres; tiene una herencia autosómica dominante, pero el 90 % de los casos se debe 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 hacer el diagnóstico antes del nacimiento por estudios de ultrasonografía fetal, 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 el de las extremidades.

Tienen características dismórficas cráneofaciales, el cráneo es grande, la frente es prominente, la raíz y el puente nasal muy deprimidos y también se aprecia poco desarrollo del tercio medio facial. Las manos son de dedos muy cortos con un dismorfismo 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 anomalías de los cuerpos vertebrales, en especial de las distancias interpediculares, las que se estrechan de forma progresiva hacia la región lumbosacra, al contrario de lo que ocurre en la anatomía normal de la columna vertebral a esos niveles.
– Los huesos tubulares son cortos, en especial 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. Esta enfermedad genética no se caracteriza por discapacidad intelectual, 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 sola 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, sobre todo si se tiene en cuenta la edad paterna, ya que se sabe que la edad paterna avanzada puede ser la causa de las nuevas mutaciones monogénicas (véase el capítulo 52, "Riesgo genético preconcepcional").

Discapacidades motoras progresivas

Hasta ahora se ha hecho referencia 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.

Las enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares y metabólicas pueden comenzar a manifestar-

se por incoordinaciones motoras, pérdida de la fuerza muscular o retraso y defectos del desarrollo óseo, y así 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. Esta 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 36 y 63, alcanzando hasta 200 repeticiones y dando lugar a una proteína anormal. El número de repeticiones se corresponde con un fenotipo afectado más severamente y de comienzo más temprano, la herencia es autosómica dominante y, cuando el individuo logra sobrepasar la edad reproductiva y decide tener descendencia, el 50 % de esta puede heredar la mutación del gen.

Otros defectos motores en esta categoría son la adrenoleucodistrofia de herencia recesiva ligada al X, las paraplejias 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 la evolución de la historia natural de la enfermedad.

Distrofias musculares

Con propósitos prácticos se incluyen en entre las distrofias musculares a 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, ocupan su lugar tejido conectivo y graso) y sin evidencias clínicas o de laboratorio de otros trastornos del cordón espinal, nervios periféricos o miotonía.

Las distrofias musculares varían en la edad de comienzo de sus síntomas y signos de manera considerable, 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 solo 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, formas severas congénitas que progresan de manera rápida o lenta, formas infantiles, del adulto, de la cintura escápulohumeral y de los cuádriceps.
– Distrofias musculares autosómicas dominantes, como la facio-escápulohumeral, la escápuloperoneal, 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, lo que determina dos tipos de distrofia muscular con diferente severidad clínica, la distrofia muscular Duchenne (DMD), que presenta mutaciones que afectan a la función de la proteína distrofina (forma severa en la contracción y relajación de la fibra muscular) y la distrofia muscular Becker (DMB), en la que la distrofina anormal permite mantener una función de la fibra muscular con mayor resistencia. Ambas formas se caracterizan por mutaciones en diferentes exones del tipo de mutaciones puntuales, deleciones de varias bases e 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.

La historia natural de estos dos tipos de distrofia muscular tiene diferencias. Ambas distrofias se caracterizan por debilidad muscular, pero enn la distrofia muscular Duchenne 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, 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; logran elevar sus caderas desde el suelo, pero necesitan ir subiendo sus manos sobres los tobillos, las piernas y las rodillas para, finalmente, lograr ponerse de pie. La debilidad muscular y la lordosis lumbar son progresivas, hay una seudohipertrofia de los músculos, en especial de los gemelos. El niño termina 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 y da lugar a la reducción de la capacidad respiratoria. El músculo cardiaco también 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 distrofia muscular Duchenne diferentes. Esto significa que existe heterogeneidad genética alélica dentro de las mutaciones del gen que se expresan como distrofia muscular Duchenne.

Las manifestaciones clínicas de la distrofia muscular Becker son similares, pero existen variaciones en el comienzo de la enfermedad y en su severidad e historia progresiva. Como resultado de la rotura de las células musculares el paciente presenta cantidades muy elevadas de creatinfosfoquinasa (CPK) en el suero, especialmente en las etapas tempranas del progreso de la enfermedad. Las diferencias de este indicador entre las dos formas alélicas de la mutación del gen de la distrofina (DMD y DMB) radican en que en la distrofia muscular Duchenne los niveles de CPK son muy elevados entre el primer y sexto año de vida, incluso cuando aún 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 distrofia muscular Becker los niveles de CPK se hacen máximos entre los 10 y 15 años de edad y declinan despues a razón de 0,06 unidades por año.

Los niños y jóvenes discapacitados por estos tipos de enfermedades genéticas sufren mucho, sus padres y familiares buscan todos los recursos médicos hasta aceptar que no existe tratamiento que detenga y cure esta enfermedad. 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.

En la atención a estos casos hay que prolongar todo lo posible 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 pueden prevenirse las deformidades y, finalmente, preservar la función respiratoria con tratamientos oportunos y adecuados para las frecuentes infecciones respiratorias. Es importante un chequeo evolutivo de las funciones cardiacas y de los tratamientos que se consideren por el cardiólogo, a fin de preservar lo más posible la con calidad de vida del afectado.

Mantenerlo en talleres de música, pintura, lectura y otras formas de distracción de acuerdo con la severidad progresiva de la enfermedad, le proporcionan placer y hacen 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 de la especialidad 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 y actualización de la información en los servicios de Genética Clínica y Neuropediatría.

Defectos motores progresivos por enfermedades heredometabólicas

Dentro de los síndromes metabólicos hay uno que se caracteriza porque cursa sin discapacidad intelec-

tual y produce severa discapacidad motora, el síndrome Morquio, defecto metabólico lisosomal de los mucopolisacáridos (MPS), específicamente el tipo IV, de comienzo posnatal y de herencia autosómica recesiva.

Existen dos tipos:

– MPS IVA. Se trata de la deficiencia de la enzima lisosomal N-acetilgalactosamina-6-sulfatasa por mutaciones del gen de la enzima, localizado en el cromosoma 16q24.3.
– IVB. Se trata de la deficiencia de b-galactosidasa por mutaciones del gen localizado en el cromosoma 3p21.33.

Estos pacientes son testigos de su propio deterioro físico y pueden no solo padecer de discapacidades motoras, sino también presentar opacidades corneales que limitan su visión y discapacidades auditivas progresivas. Las personas afectadas son niños de apariencia normal al nacimiento, 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*, huesos largos con alteraciones importantes de metáfisis y de epífisis. 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, las mucosas y sus anexos.

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 y 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 para 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 anomalías de:

– Pigmentación.
– Queratinización.
– Adhesividad.
– Grupo de displasias ectodérmicas.

Las genodermatosis pueden observarse como fenómenos relacionados con las estructuras bioquímicas, celulares, histológicas o anatómicas consecuencias de mutaciones específicas. Sin embargo, existen un gran número de síndromes genéticos que por su complejidad y el efecto pleitrópico de las mutaciones que los originan involucran también a la piel.

Se abordan en este capítulo solamente los defectos primarios de la pigmentación, queratinización, adhesividad y, de manera especial las displasias ectodérmicas. La intención es ofrecer un panorama de algunas de las genodermatosis que suelen ser más frecuentes.

Defectos de pigmentación. Para referirse a estos defectos hay que recordar que el proceso de pigmentación se conoce como melanogénesis y es muy complejo, 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, al pelo y a los ojos y tiene importantes funciones.

Funciones de la melanina:

– 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.
– Participa en los procesos del desarrollo de estructuras neurológicas y ópticas.

Se ha avanzado bastante en el conocimiento de los genes involucrados en la biosíntesis de la melanina. Las mutaciones en siete loci, que se expresan por diferentes gradaciones de pigmentación, involucran a la piel, el cabello y los ojos. El defecto de pigmentación más frecuente en el humano es el albinismo. Su heterogeneidad clínica se ha puesto de manifiesto históricamente y el albinismo ha recibido diferentes denominaciones de acuerdo con su expresión (parcial, incompleto, perfecto o completo). Por estar involucradas las estructuras pigmentarias del ojo se le denomina albinismo oculocutáneo y se conoce con sus iniciales en idioma inglés (OCA). El conocimien-

to 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 óculocutáneo 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 la esperanza 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. En el OCA 1-B 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 la piel expuesta al sol algo pigmentadas, aparecen nevus pigmentados, pecas y lentígenes. Su defecto genético no está relacionado con la enzima tirosinasa.

El OCA 3 está menos delineado y donde más se ha reportado es en Sudáfrica. Hay dos tipos de albinismo en esta variante. Uno que se limita al ojo sin aparentes alteraciones del color de la piel y del cabello, denominado albinismo ocular, pero los defectos genéticos de pigmentación se expresan de forma severa en la capa pigmentada de la retina. El más frecuente de estos es una forma ligada al cromosoma X recesiva. Las mujeres portadoras pueden tener algunas evidencias de su estado al presentar una retina con regiones despigmentadas.

En las personas albinas las alteraciones se limitan a la piel hipopigmentada, altamente fotosensible y susceptible a edad temprana de presentar queratosis actínica, elastosis y atrofias epidérmicas que pueden evolucionar al desarrollo de carcinoma espinocelular y a baja visión, nistagmos y fotofobia. No hay disfunciones neurológicas como discapacidad intelectual o del neurodesarrollo, que sí se observan en trastornos de hipopigmentación observado en defectos metabólicos como la fenilcetonuria.

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.

Defectos 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.

Existen cuatro tipos bien delineados según sus características clínicas y tipos de herencias, delineados y agrupados por su apariencia clínica, edad de comienzo de las lesiones y herencia:

– Ictiosis vulgaris. Comienza después de los 3 meses de vida y durante la infancia, de herencia autosómica dominante.
– Ictiosis recesiva ligada al cromosoma X. Comienza 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 ectropión prematuro y de hiperqueratosis palmoplantar. 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 coloidón 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: Esta genodermatosis no aparece al nacimiento, sino hacia los tres primeros meses de vida. 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 aumentan los pliegues palmares y plantares, existe hiperqueratosis folicular sobre todo en los brazos. Las lesiones empeoran en las estaciones frías y seca, con 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.

La mejoría que estos pacientes se presenta en climas de temperatura cálida y humedad. Esto se ha tenido en cuenta para sugerir que las uniones entre las células que-

ratinizadas 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 de manera aproximada 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 frecuentes 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 su prevalencia por regiones donde se encuentran familias numerosas con muchos miembros afectados. No producen grandes limitaciones, aunque en muchos casos está 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.

Defectos de la adhesividad. La epidermólisis bullosa constituye un grupo heterogéneo 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 debe revisarse la histología de la piel. A grandes rasgos recordar que está formada por capas celulares, la más superficial (córnea) cubre a la media (epidermis), la cual descansa sobre la más profunda (dermis).

Entre la epidermis y la dermis hay una estructura dérmica llamada lámina basal sobre la que descansan las células germinales. Estas proliferan continuamente remplazando a las células envejecidas de la epidermis, que se convierten en células cornificadas y descaman, sus defectos genéticos se corresponden con las ictiosis.

Las células germinales de la piel, además de todos los organelos característicos de cualquier célula, presentan estructuras denominadas desmosomas, que son de dos tipos según se trate de mantener unidas las células germinales vecinas o de mantenerlas unidas a la lámina basal de unión epidermis-dermis. Estos desmosomas están formados por proteínas codificadas por genes específicos. Se puede entonces comprender que la epidermólisis bullosa es la expresión de defectos de genes que producen proteínas involucradas en mantener las características estructurales y de protección de la piel, que al no funcionar según lo esperado manifiestan estos tipos de genodermatosis.

Se define un tipo intraepidérmico que tiene a su vez tres tipos clínicos caracterizados por no causar cicatrices:
– Epidermólisis bullosa simplex.
– Epidermólisis bullosa herpitiforme.
– Hiperqueratosis epidermolítica.

Otro tipo, la epidermólisis bullosa distrófica, se debe a mutaciones del gen que codifica el colágeno tipo VII involucrado en la unión epidermis-dermis, o también, debido a la producción de anticuerpos de esta proteína. Cuando se producen mutaciones específicas de los genes involucrados en la formación de desmosomas se afecta la unión de la membrana plasmática de las células germinales a la lámina basal, a esta incompetencia de unión se le denomina epidermólisis bullosa de unión. Estos dos últimos tipos dejan cicatrices y piel atrófica, de ellas la más atrofiante es la epidermólisis bullosa cicatrizal.

En resumen, hay tres grupos de epidermólisis bullosa:
– 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 solamente pelo, uñas, dientes y glándulas sudoríparas, 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 los genes responsables abre nuevos enfoques para la clasificación clínica.

Un ejemplo de ello son los avances en el estudio del 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 última 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 % de ellas causan mortalidad por episodios febriles no reconocidos etiológicamente o tienen secuelas neurológicas por los episodios de hipertermia. El síndrome no siempre es reconocido en el recién nacido. Más adelante se observan dismorfias especiales como frente abombada, cabello muy esparcido, ausencia de cejas y pestañas, depresión de la raíz y del puente nasal. A esto se añaden 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 y poco desarrollo bilateral o unilateral de las mamas. La gran variación en la expresividad clínica de las mujeres heterocigóticas se debe al fenómeno de inactivación de uno de los dos cromosomas X.

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 el 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). Son 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 reparadores de los dímeros de timina en el ADN, producidos por la luz ultravioleta. Estas mutaciones se transmiten como una herencia autosómica recesiva. Las personas afectadas son muy sensibles a la luz solar y, por tanto, especialmente vulnerables al cáncer de piel.

En el primer año de vida se pueden sospechar cuando se producen eritemas prolongados con una exposición mínima a la luz solar e incluso los bebitos 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 se acompañan además de afectaciones del sistema nervioso central.

Se requiere 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 con 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 chequeo sistemático con el dermatólogo y el neurólogo. Las regiones más afectadas por cáncer son las expuestas en la cara, sobre todo 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, la infertilidad y la 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 aparecen en el 20% de las parejas.

La infertilidad se debe a procesos delicados en los cuales están involucrados muchos genes cuyas funcio-

nes pueden a su vez ser diana de un gran número de fenómenos ambientales adversos que afectan el proceso de fertilidad. Esto explica que con gran frecuencia coincidan tanto factores genéticos como ambientales.

Los factores que producen infertilidad femenina son:
– Obstrucción de trompas de Falopio.
– Defectos congénitos o adquiridos del útero.
– Adherencias.
– Alteraciones en la ovulación.
– Endometriosis.

Los factores más frecuentes que producen infertilidad masculina son:
– Disminución de espermatozoides o anomalías de motilidad y morfogénesis de estos.
– Disfunción testicular.
– Obstrucciones deferentes.

Tanto en el sexo femenino como en el masculino, se presentan fenómenos de anomalías endocrino-metabólicas que provocan 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, puede ayudar a determinar la presencia de aberraciones cromosómicas de las denominadas balanceadas, como las inversiones y las translocaciones, 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.

El síndrome Turner es 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 foliculoestimulante (FSH) y leutinizante (LH) y niveles bajos de estradiol.

Las bases moleculares de la disgenesia gonadal en el síndrome Turner se deben al carácter de esta aneuploidía y a la expresión insuficiente de los genes que contiene el único cromosoma X activo. Se supone que las mutaciones de esos genes o la expresión en dosis única (haploinsuficiencia) involucradas en la función ovárica y las deficiencias de crecimiento (baja talla) expliquen las características fenotípicas más constantes de este síndrome genético.

A partir de etapas prenatales y hasta la vida adulta existen varias oportunidades en las que por análisis del fenotipo se puede sospechar 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 de baja talla con cuello membranoso y dismorfismo genital, con presencia, además, de baja talla y 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. Incluso en la vida adulta cuando se detecta la infertilidad, aunque siempre con baja talla.

Hay variantes de cariotipos de síndrome Turner: El 45, X, es el más frecuente. Los mosaicismos, que evidencian aberraciones cromosómicas poscigóticas, como los de dos líneas celulares: 45,X/46, XY, 45,X/46, XX, o de tres líneas celulares: 45,X/46; XX/47, XXX en las cuales siempre está presente la 45,X. 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 con una aneuploidia poscigótica de un cigoto 46, XY originada por un mecanismo de no disyunción o 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 y 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. Estas son la fibrosis quística, el síndrome Kallmann, el síndrome Bardet-Biedl, el síndrome Noonan, la distrofia miotónica. Otros defectos están relacionados con deleciones y microdeleciones tanto de bra-

zos cortos del cromosoma Y como de brazos largos, en las primeras por defectos del gen SRY y en las segundas por defectos del gen factor de azoospermia.

Las aberraciones cromosómicas del cromosoma X del tipo de las aneuploidias son causa frecuente de infertilidad masculina. El síndrome Klinefelter con cariotipo 47, XXY es la aneuploidia 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 sospecharse cuando existen anomalías de genitales como pene y teste muy pequeños, criptorquidia o hipospadia. En el escolar por tratarse de niños más altos que el resto de los niños de 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 del 15 al 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 sobre todo azoospermia. La causa de este síndrome es la no disyunción tanto precigótica como poscigótica, ya que se han descrito también mosaicismos 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 gonadotrofina 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 % ocurre en la semana 11 de la gestación). El llamado aborto diferido es diagnosticado después que ocurrió por la presencia de partes fetales sin actividad cardiaca en útero debido a una retención. 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 solamente del 0,5 al 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 del 15 % y la probabilidad de pérdida de tres embarazos consecutivos definidos por los obstetras como aborto espontáneo es del 0,34 %. Estudios cromosómicos realizados en parejas con tres o más abortos espontáneos han permitido reconocer que en el 5,5 % de ellos 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 alta posibilidad de deberse a una aneuploidia, son a las parejas con antecedentes de tres o más abortos espontáneos a las que se le debe realizar cariotipo a ambos miembros, siempre indicado por los genetistas clínicos y solo después de excluirse por el ginecólogo y el endocrino las causas más frecuentes de recurrencia del aborto, como el déficit de progesterona en la fase lútea, las anomalías uterinas, las incompetencias de cuello uterino, defectos endocrino-metabólicos, anomalías anatómicas maternas, entre otras.

Por las consecuencias familiares de las 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.

Los conceptos básicos de la genética médica resultan imprescindibles para el médico general integral, quien asume un importante papel, no solo para la atención de personas afectadas por enfermedades genéticas, sino también para su familia, y en especial para la detección de riesgo genético preconcepcional, tema que será tratado en el capítulo siguiente.

A modo de conclusión, puede afirmarse que la gradación de la severidad clínica de las enfermedades genéticas que expresan por lo general una gran diversidad de

discapacidades, 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 modificarlo con tratamientos específicos una vez conocida la fisiopatología y la historia natural de la enfermedad.

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 por completo una discapacidad consecuencia de ella. Es el principal fundamento de la detección temprana de las enfermedades genéticas que se pesquisan en neonatos en el país.

Bibliografía

Allanson, J. E., Biesecker, L. G., Carey, J. C., Hennekam, R. C. M. (2009). Elements of morphology: Introduction. *Am J Med Genet.* Part A;149A: 2–5.Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2774524/

Álvarez Gavilán, Y., Lantigua Cruz, P. A., Benítez Cordero Y, Grenier Pérez O, Collazo Acosta E. (s.f.). Defectos congénitos presentes en la descendencia de mujeres diabéticas, obesas e hipertensas. *Rev Cuba Genét Comunit,* [S.l.], 12(1). Recuperado de: http://revgenetica.sld.cu/index.php/gen/article/view/17>

Bregendahl, M. E., Orlando, L. A., Palaniappan, L. (2017). Health risk assessments, family health history, and predictive genetic/Pharmacogenetic Testing. Charper 5 In: Sean, D. *Genomic and precision medicine. Primary care.* 3th ed. Stanford University School of Medicine. United States: Elsevier; Academic Press. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-800685-6.00001-1

Cardellá Rosales, L. L., Hernández Fernández, R. A. (2017). *Biología molecular.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/biologia-molecular/

Colectivo de autores (2017). *Manual de normas y procedimientos. Servicios de genética médica en Cuba.* La Habana: Editorial CienciasMédicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-de-normas-y-procedimientos-servicios-de-genetica-medica-en-cuba/

_____ (2003). *Por la vida.* La Habana: Editorial Abril.

Du, W., Pogoriler, J. (2006). *Retinoblastomafamily genes. Oncogene*; 25: 5190-5200. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1899835/

Il-Jin, K. (2017). *Cancer genetics and genomics for personalized medicine.* Pan Stanford Publishing Pte. Ltd. Taylor & Francis group.Recuperado de: http://taylorandfrancis.com

Lantigua Cruz, A. (2014). Genética médica en la APS. En: Alvarez Sintes y cols. (2014). *Medicina General Integral.* 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 389-425. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-salud-y-medicina-volumen-iii-tercera-edicion/

_____ (2016). Enfermedades genéticas y defectos congénitos. En: Colectivo de autores. *Pediatría. Diagnóstico y tratamiento.* 3ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/pediatria-diagnostico-y-tratamiento-tercera-edicion/

_____ (2021). Enfermedades genéticas y su prevención en Cuba. Cap. 6. En: Colectivo de autores. *La atención a la salud en los primeros 1000 días de la vida: experiencia cubana.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-atencion-a-la-salud-en-los-primeros-1000-dias-de-la-vida-experiencia-cubana/

Lantigua Cruz, A., Hernández, R., Quintana, J., Morales, E., Barrios, B., Rojas, I., Martínez de Santelices, A. (2011). *Introducción a la Genética Médica.* 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/introduccion-a-la-genetica-medica-2da-ed/

Lantigua Cruz, A., Lemus Valdez, M. T., Marcheco Teruel, B. (2007). Servicios de genética médica en Cuba. *Rev. cuba. genét. común.* 1: 14-19.

Lantigua Cruz, A., Lucas González, N. (2009). Desarrollo de la Genética Médica en Cuba: 39 años en la formación de recursos humanos. *Rev. cuba. genét. común.* 3: 3-23.

Lantigua Cruz, A., Ravelo Amargos, I., Halley, D. (1997). Síndrome frágil X: Correlación clínica, citogenética y molecular en una familia. *Rev. cuban. pediatr.* 69: 108-112.Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311997000200006

McKinlay Gerner, R. J., Amor, D. J. (2018). *Gardner and sutherland's chromosome abnormalities and genetic counseling.* 5th. ed. USA: Oxford University Press. Recuperado de: https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199329007.001.0001/med-9780199329007

Nussboum, R. L., McIrmesn, R. R., Willard, H. F. (2008). *Thompson & Thompson: genética en medicina.* 7ma. ed. México: ElsevierMasson. Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/book/9788445818701/thompson-and-thompson-genetica-en-medicina

Pérez Hernández, C. L., Rojo Domínguez, D., Fernández Romero, T., Suárez Román, G., Clapés Hernández, S., García, T. N., Meneses, J., *et al.*(2018). Implication of obesity in pregnancy outcome. *J Obesity Metab Syndr.*

Pérez Manso, C. (2005). Reflexiones de José Martí sobre medicina y salud. *Rev. Cuban de Enfermer.*vol 21, no 1. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issues&pid=0864-0319&lng=es&nrm=iso

Pyeritz, R. E., Korf, B. R., Grody, W. W. (2019). *Emery and rimoin's principles and practice of medical genetics and genomics.* Elsevier; Academic Press. Recupeado de: https://www.elsevier.com/books/emery-and-rimoin-s-principles-and-practice-of-medical-genetics-and-genomics/pyeritz/978-0-12-812537-3

Rimon, D. L., Connor, J. M., Pyeritz, R. E., Korf, B. R. (2007). *Emory and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics.* Vol 1. 6ta. ed. New York: Churchill Livingstone.Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/book/9780123838346/emery-and-rimoins-principles-and-practice-of-medical-genetics

Sean, D. (2017). *Genomic and precision medicine. Primary care.* 3th.ed. Stanford University School of Medicine. United States: Elsevier; Academic Press. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-800685-6.00001-1

Stevenson, R. E., Hall, J. G. (2006). *Human Malformations and Related Anomalies.* 2da.ed. OxfordUniversityPress. Recuperado de: https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199386031.001.0001/med-9780199386031

Strachan, T., Read, A. P. (2006). *Genética Humana.* 3ra. ed. México: Mc Graw Hill.

Sybert, V. P. (2017). *Genetic skin disorders.* 3th. ed. Oxford Monographs on Medical Genetics No. 69.

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, L. S., Davies, W., and Isles A. R. (2007). Genomic imprinting effects on brain development and function. *NatureReviews. Neuroscience.* l8 :632-43.Recuperado de: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17925812/

Wyandt, H. E., Wilson, G. N., Tonk, V. S. (2017). *Human chromosome. Variation: heteromorphism, polymorphism and pathogenesis.*2nd. ed. Singapore: Springer Nature. Recuperado de: https://link.springer.com/book/10.1007/978-981-10-3035-2

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 52
Riesgo genético preconcepcional

Paulina Araceli Lantigua Cruz

La salud materno-infantil es el indicador por excelencia para medir el nivel de desarrollo de un país (véase el capítulo 26, "Salud sexual y reproductiva"). Estos niveles de desarrollo se deben, entre otros factores, a la prevención de enfermedades antes y durante la gestación. 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 el 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 anterior, los que le permitirán comprender la esencia de los 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 la experiencia y la aplicación de nuevos conocimientos derivados de los resultados del proyecto internacional sobre el genoma humano, los que tienen impacto práctico en la atención y prevención de enfermedades genéticas.

Identificación del 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 logros científicos del momento sobre el diagnóstico, pronóstico y posibles tratamientos de la enfermedad genética presente en su familia, así como sobre los riesgos de recurrencia o de ocurrencia, opciones reproductivas y posibles diagnósticos prenatales. Además del riesgo de procederes con métodos invasivos.

¿Qué personas de la población tienen riesgo genético preconcepcional? A diferencia del riesgo preconcepcional (dirigido a identificar fenómenos fisiológicos propios de la mujer que pudieran generar riesgos para ella o para el desarrollo del embarazo, como los procesos embrionarios y fetales incluyendo el funcionamiento de estructuras trofoblásticas, para la calidad del proceso y 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.

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, hasta el momento no tienen una cura que pueda 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, sustentadas en la gran heterogeneidad clínica y genética alélica y de loci, además de las interacciones génicas y el efecto pleiotrópico de cada mutación; solo aquellas que se expresan con algún tipo de mutación mendeliana suman ya más de 19 880. Es por esa razón que para la especialidad de genética clínica el principio martiano "La verdadera medicina no es la que cura, sino la que precave" cobra un especial significado, más aun cuando la prevención depende del nivel de percepción, del significado de mor-

bilidad y mortalidad de una condición genética, de 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 afectado, 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 no se tienen en cuenta estos fenómenos de manera oportuna en la etapa preconcepcional, se generan situaciones muy lamentables de ansiedad en la gestante por el temor de riesgos para su bebé. Esto sucede cuando desde el punto de vista técnico no es posible realizar en el corto periodo de menos de 24 semanas de gestación un diagnóstico que permita conocer el estado genético del feto y si existe algún tipo de estudio dirigido al diagnóstico prenatal. Un ejemplo de lo antes expresado son los problemas que genera el desconocimiento etiológico de la discapacidad cognitiva o intelectual, antes conocida como retraso mental.

Los factores etiológicos genéticos y ambientales que afectan al desarrollo embrionario o fetal del sistema nervioso presentan un gran espectro, lo que dificulta mucho identificarlos y detectar a aquellos que pudieran ser objeto 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 discapacidad intelectual de etiología desconocida, detectado como posible riesgo genético, genera gran ansiedad en la mujer que sobrepasa el primer trimestre, situación que a su vez constituye un riesgo obstétrico como se expresa en el capítulo 75, "Riesgo reproductivo". Cuando ya en este estado se detecta en la Atención Primaria de salud el posible riesgo genético debido a un familiar afectado por discapacidad intelectual, la mujer es remitida al servicio de Genética Clínica en busca de un diagnóstico prenatal por el temor al riesgo de recurrencia en su descendencia. En esta situación intentar en breve tiempo, a veces menos de una semana, un diagnóstico etiológico que 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 de la discapacidad intelectual se originan antes del nacimiento, de ellos alrededor del 80 % tienen una etiología genética específica. Se les añaden los casos con esta discapacidad cognitiva clasificados etiológicamente como inespecíficos e inclasificables, los que por su posible etiología genética subyacente requieren ser investigados antes de que la pareja, con este antecedente familiar, tome una decisión reproductiva de la cual puedan arrepentirse por desconocimiento del riesgo preconcepcional.

El especialista en mdicina general integral no debe confiar, sin examinar al individuo con discapacidad intelectual o a un niño con retraso del neurodesarrollo, que su causa haya sido posnatal debida a un agente ambiental o por hipoxia perinatal referida. En el capítulo anterior se proporcionan conocimientos sobre el examen dismorfológico que permiten sospechar la participación de factores prenatales como causa principal del defecto cognitivo. Hay que tener en cuenta que en muchos de los casos de personas con este tipo de discapacidad determinada por factores prenatales existen también antecedentes de daños perinatales o posnatales, lo que indica que pudiera existir cierta vulnerabilidad en el genoma fetal que explique la frecuencia de esta coincidencia.

En otros casos las parejas, teniendo un familiar con discapacidad intelectual, 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 problema puede tener una discapacidad intelectual ligada al cromosoma X, de ser así, la pareja pudiera tener un riesgo genético específico por la probabilidad de que ella ser portadora de una mutación inestable como la referida para el síndrome frágil X.

Es aconsejable que, cuando se detecte a un individuo con discapacidad intelectual, se haga un buen interrogatorio, se elabore el árbol genealógico y se consulte a un genetista clínico, quien debe analizar la posible etiología de la discapacidad y elaborar con el asesor genético la estrategia de asesoramiento genético que corresponda, no solo para el caso o pareja que solicitó la atención genética, sino también para los individuos en edad reproductiva de esa familia que lo soliciten y explicarles los riesgos y las posibilidades o no de diagnóstico pre-

natal, que les permitan asumir una actitud reproductiva responsable.

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 y definir el asesoramiento genético pertinente. Se realizan las determinaciones de riesgos genéticos según sean las peculiaridades de los tipos de mutaciones que expresan enfermedades genéticas.

Enfermedades genéticas de herencia mendeliana

Como ya se ha expresado en el capítulo anterior, los genes, de acuerdo a su expresión fenotípica en la descendencia, pueden ser dominantes o recesivos y los ligados al cromosoma X, patrones según los cuales se puede transmitir una mutación simple.

Enfoque del riesgo genético en condiciones con herencia autosómica dominante

Cuando se trata de una enfermedad con herencia autosómica dominante el individuo afectado tendrá una probabilidad de transmitir la mutación a su hijo del 50 %. Si se trata de una pareja que ha tenido un hijo con la enfermedad es absolutamente necesario identificar cuál de los dos miembros de la pareja pudiera presentar una variación de la expresividad de la mutación o un fenómeno de penetrancia reducida (se refiere a personas que presentan la mutación pero no la expresan, sin embargo la transmiten y pueden tener un hijo afectado), para lo cual es necesaria la confección de un árbol genealógico lo más extenso posible y conocer cuáles son los signos y síntomas que se deben explorar.

Si se concluye, 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. Si es el individuo afectado la persona que solicita conocer su riesgo genético, hay que explicarle que su riesgo genético es del 50 %. A este tipo de análisis hay que añadirle los conocimientos sobre el efecto pleiotrópico, penetrancia y expresividad de la mutación, la historia natural de la enfermedad, sobre todo la edad de inicio y sus variaciones intrafamiliares, la actualización sobre los éxitos de los tratamientos posibles y sus resultados sobre modificaciones fenotípicas de la severidad de la expresión de la enfermedad. Debe además informársele sobre las novedades de los estudios genómicos que permiten conocer las peculiaridades del gen, su localización, la heterogeneidad y las características de la mutación en el afectado, para después poder realizar un diagnóstico prenatal. Con toda esa información, para completar el procedimiento se ha de solicitar en documento escrito, el consentimiento informado.

La edad de comienzo de los síntomas de la enfermedad resulta un fenómeno que incrementa las dificultades para 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 de este deciden tener un segundo hijo, el que también tiene riesgo de presentar la enfermedad. Recordar que en enfermedades con herencia autosómica dominante y en especial aquellas de tipo neurodegenerativo se anticipan los síntomas a lo esperado por la evolución de la historia natural de la enfermedad, de modo tal que una enfermedad con comienzo de síntomas alrededor de los 30 años puede que estos comiencen a aparecer mucho antes en los hijos de esas personas afectadas. En estos casos es posible 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. 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, aun conociendo el riesgo genético. Cuando esto ocurre, al riesgo genético ya elevado se le añaden riesgos obstétricos, tal es el caso de enfermedades propias del tejido conectivo como el síndrome Marfan, el síndrome Ehlers-Danlos, o de las condrodisplasias como la acondroplasia y las disostosis espóndilo 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, ortopedia y neonatología. En el caso del síndrome Marfan, ejemplo que

ha de seguirse con igual metodología de atención, según el tipo de enfermedad genética y las posibles complicaciones que puedan esperarse.

Enfoque del riesgo genético en condiciones con herencia autosómicas recesivas

Estos tipos de enfermedades genéticas son de baja frecuencia y por esa razón consideradas raras. Aunque hay enfermedades con este tipo de herencia, al 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. 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 del ciclo vital, en la edad pediátrica, antes de los 18 años o incluso después.

Es recomendable involucrar al genetista clínico, tan pronto como sea posible, en el diagnóstico de las causas que expliquen cualquier defecto neurosensorial o retraso del neurodesarrollo, por las implicaciones asociadas a la considerable cantidad de mutaciones que involucran a la expresión del sistema nervioso central.

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, la que puede presentar recurrencia de la misma enfermedad, que en los casos de herencias autosómica recesiva presentan un riesgo de recurrencia tal alto como del 25 %. Es relativamente frecuente que estos defectos metabólicos se presenten en parejas consanguíneas, por lo tanto, la consanguinidad constituye un riesgo genético a evaluar por el genetista clínico. De ahí la gran importancia de la confección del árbol genealógico

Las parejas en las que se detecta un hijo 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, el 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 condiciones autosómicas recesivas no incluidas en las pesquisas neonatales que se realizan con alta cobertura en Cuba y que tienen expresión en la infancia temprana, como la fibrosis quística, la anemia por hematíes falciformes por solo citar las más frecuentes y que también entran en esta categoría.

Los individuos sanos de familias con estos tipos de enfermedades con herencia autosómica recesiva deben ser evaluados para identificar su condición de posibles heterocigóticos para la enfermedad y detectar parejas con alto riesgo genético en la etapa preconcepcional. Los hermanos, hijos, sobrinos en edad reproductiva pueden haber heredado la mutación, y diagnosticado su estado de portadores ofrece la oportunidad de conocer tempranamente el riesgo genético y el incremento de este 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.

El primer programa de prevención prenatal que se organizó en Cuba contó con un equipo de electroforesis de hemoglobina para el estudio simultaneo de un gran número de muestras, diseñado por investigadores cubanos bajo la asesoría técnica del profesor Klaus Altland de la Universidad de Giessen en Alemania, quien además colaboró intensamente en el primer diseño del programa cubano de genética médica. Este equipo permitió extender el programa a todas las provincias del país.

En la temprana captación de la gestación a la mujer se le explica y solicita consentimiento para realizar la electroforesis de hemoglobina y de esta forma se puede identificar su condición de genotipo heterocigótico. El asesor genético le explica la importancia de conocer si su pareja también lo es y la posibilidad, en caso de serlo, de realizar en estados tempranos de la gestación el diagnóstico prenatal de la anemia a hematíes falciformes. Si la pareja conoce el riesgo antes de tomar decisiones reproductivas, todas las acciones prenatales serán más efectivas y con menores riesgos en los procederes que siguen para el diagnóstico prenatal y, en caso que lo decidan, la terminación voluntaria del embarazo. De ahí la importancia de contar con registros de familias ya estudiadas por esta vía.

Enfermedades con herencias ligadas al cromosoma X dominantes y recesivas

La determinación de riesgo genético en condiciones con herencias dominantes ligadas al cromosoma X debe

estar muy identificada si la expresión de las manifestaciones clínicas es evidente en individuos de ambos sexos.

En lo que respecta a las herencias recesivas ligadas al cromosoma X, es importante conocer el tipo de mutación y la enfermedad que expresan. En estos casos son los hombres los afectados, los que, si logran reproducirse todas sus hijas serán portadoras de la enfermedad y sus hijos con genotipos XY normales, de modo que sus hijos no padecen la enfermedad, sin embargo, sus hijas tienen el 50 % de probabilidad de darles nietos con la enfermedad.

En cuanto a las mutaciones dinámicas, como el síndrome frágil X, los hombres sanos pueden ser portadores de permutaciones que no expresan las manifestaciones clínicas de la enfermedad, no obstante, si se reproducen, todas las hijas que reciban el cromosoma X paterno con la premutación serán portadoras y el riesgo de recurrencia de tener hijos varones con esta enfermedad dependerá del número de premutaciones (véase, en el capítulo anterior, los riesgos de recurrencia por repeticiones CGG).

Al ser el genetista clínico el especialista involucrado en el diagnóstico de la entidad, a él le corresponde la identificación de los 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.

Enfermedades genéticas cromosómicas

Los riesgos genéticos de los 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 cariotipos.

Las aberraciones cromosómicas de número se producen por segregaciones anormales debidas al fenómeno de no disyunción de cromosomas específicos de cualquiera de los 22 pares. Las aneuploidias 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, cuando se trata de un neonato con síndrome malformativo 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; la ausencia de esta información dificulta la estimación correcta del riesgo genético. 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, debe ser investigado 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. Aquí le corresponde al genetista clínico la atención a la familia y la identificación de portadores balanceados del defecto para la orientación correspondiente a las parejas con estas condiciones genéticas.

El especialista en medicina general integral debe ser capaz de interpretar un informe de cariotipo para indicar la interconsulta correspondiente antes de que la persona decida una nueva descendencia. En no pocas ocasiones un portador con un cariotipo de estos migra de una región a otra del país y pudiera mostrar los resultados a su médico de familia. En otras ocasiones migran familias completas cuyos hijos portadores de aberraciones balanceadas aún no se encontraban en edad de riesgo preconcepcional, pero con la indicación de mostrar los resultados al médico del área en la cual residirán.

Para las aneuploidias el tener cariotipos normales en los miembros de la pareja no disminuye el riesgo de gametos disómicos. Sin embargo, toda mujer con 35 años tiene riesgo incrementado para aneuploidias y en especial para trisomía 21, es por esa razón que mujeres en edad reproductiva que tengan 35 años o más deben ser asesoradas de forma conveniente.

Condiciones que presentan herencia multifactorial

Entre las condiciones de herencia multifactorial se clasifican los defectos congénitos principalmente aislados y las denominadas enfermedades comunes o complejas por lo difícil de interpretar la naturaleza 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. Al disminuir las causas de mortalidad infantil y 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 Cuba las acciones genéticas y de atención materno-infantil han logrado disminuir en indicadores propios del primer mundo la mortalidad infantil por estas causas. Puede mantenerse la efectividad y obtener mejores resultados si se determina el riesgo genético preconcepcional de su recurrencia o de su ocurrencia.

Asesorar a las parejas, que ya perdieron un hijo por estas razones, sobre la recurrencia del defecto y los métodos que permitan disminuir los riesgos o el conocer si existe posibilidad 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 su severidad, así como antecedentes de situaciones similares en otras parejas o individuos de la familia.

Para determinar 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 el capítulo anterior).

Dentro de las herencias multifactoriales se encuentran las malformaciones congénitas del tubo neural, de pared corporal como gastrosquisis, cardiopatías congénitas (cavidades cardiacas, 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.

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 restaurando la deficiencia con el tratamiento temprano y oportuno que permite eliminar las manifestaciones clínicas de este defecto congénito de la glándula tiroides. El seguimiento de esta condición en el ciclo vital y la determinación de riesgos en la gestación resulta una importante acción preventiva.

Para determinar la ocurrencia de malformaciones congénitos 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 la vigilancia epidemiológica que tiene el registro cubano de defectos congénitos y su continua retroalimentación a través del programa de examen dismorfológico de los nacidos, desde el nacimiento, el primer mes y 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 su origen genético.

Herencia multifactorial y enfermedades comunes

El riesgo genético preconcepcional para las enfermedades comunes involucra a todas las enfermedades que así están identificadas. Entre ellas la 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 no presentarlas, pero tenga algún familiar de primer grado afectado, puede tener predisposición genética a estas enfermedades y 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. Los cambios hormonales e inmunitarios que tienen lugar durante la gestación pueden ser el umbral para que ocurra una diabetes gestacional en un genoma predispuesto, y el riesgo para el feto puede manifestarse por bajo peso, macrosomía o 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, además de 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 medicina general integral 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. Deberá 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 genético 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.

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 los 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 relacionados con la etiología genética o ambiental, el pronóstico, medios diagnósticos, tratamientos, y rehabilitación de la enfermedad genética o defecto congénito. Estas dos direcciones de prevención están estrechamente ligadas como ya se ha evidenciado a lo largo del capítulo.

Las desventajas genéticas debidas a variaciones genéticas del desarrollo, tienen objetivos preventivos cuando se expresan como condiciones severas, crónicas, familiares, con costos médicos elevados. Se trata de enfermedades genéticas y defectos congénitos muy severos y específicos, por lo que 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.

Al incrementarse en sentido general las acciones de salud hay un incremento de las expectativas de vida de la población que se manifiesta en cambios de la prevalencia de enfermedades genéticas después del primer año de vida, 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 y que muchas veces está determinado por la interacción genoma-ambiente interno y externo. Puede presentarse en determinados momentos del 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 porqué de las estrategias de prevenir y apoyar. No será posible erradicar las enfermedades genéticas y defectos congénitos. Siempre nos estarán sorprendiendo nuevos defectos y mutaciones génicas, sin embargo, deben ponerse a disposición de la población los conocimientos y los avances sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de los ya conocidos, y a su vez pueda investigarse. Deberán proporcionarse de manera equitativa los servicios de Genética Clínica y de Asesoramiento Genético donde los afectados e interesados puedan disponer de los recursos dirigidos a su prevención y atención adecuada.

Como para todas las enfermedades del ser humano, para la prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos existen tres niveles de atención, primaria, secundaria y terciaria, cada uno con peculiaridades y estrategias específicas.

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 de las personas afectadas, incluso de grupos poblacionales o población general, conocimientos sobre su etiología de acuerdo con la frecuencia y los efectos que pueden tener sobre ellas.

Se trata de que la pareja tenga elementos suficientes para tomar decisiones responsables y con total autonomía en relación con su conducta reproductiva, proporcionarle conocimientos que le permitan, si desean tener hijos, decidir sobre las opciones propuestas y a su alcance.

Se hace prevención primaria cuando:

– Se educa a la población sobre los riesgos del nacimiento de un hijo síndrome Down en mujeres mayores de 35 años de edad.
– Se educa a la población sobre los riesgos que tiene el consumo de alcohol en el embarazo, pueden aparecer discapacidades como la discapacidad intelectual u otros defectos como infertilidad, el nacimiento de malformados múltiples, fallas reproductivas o de enfermedades comunes del adulto.

– Se informa a una madre diabética, obesa, hipertensa o con otros defectos endocrino metabólico sobre el efecto en el embarazo de su condición sin tratamiento previo, y sobre la necesidad de su atención disciplinada.
– Se detecta el incremento de una enfermedad con base genética subyacente, como consecuencia del ambiente específico de una región, y la investigación sobre ella indica determinadas medidas de protección en esa población, como por ejemplo el uso de ácido fólico preconcepcional.
– Se explica a la población sobre los riegos que tienen los matrimonios consanguíneos, aunque la pareja parezca no presentar defecto alguno, para la aparición en la descendencia de enfermedades genéticas autosómicas recesivas o de herencia multifactorial.
– Se informa a la comunidad de la existencia de los servicios de asesoramiento genético a la pareja o miembros de la familia afectada en edad reproductiva y reciben la comunicación sobre el 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 algún tipo de discapacidad mayor, ya sea intelectual, visual, auditiva, físico motora, mental u 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 porque reduce el riesgo de defectos congénitos, en especial malformaciones congénitas del tubo neural, asegura un buen crecimiento y la función de estructuras trofoblásticas en la formación de la placenta, en especial de la placenta, reduce el riesgo de anemia en el embarazo. Hay investigaciones que declaran que los hijos de mujeres que recibieron suplemento de ácido fólico antes y durante la gestación son más inteligentes y tienen bajo riesgo de defectos en el aprendizaje.

Prevención secundaria

La prevención secundaria está relacionada con acciones preventivas una vez que se haya logrado el diagnóstico de la enfermedad genética específica en cualquier momento del ciclo vital, incluyendo el diagnóstico prenatal. Son acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población con el objetivo de reducir su evolución y duración. Se trata de forma adecuada a un enfermo tras un diagnóstico temprano o se detecta a un paciente aparentemente 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 que se disponga de métodos terapéuticos eficaces.

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, la detección de un genotipo fetal para una enfermedad genética monogénica severa o de un cariotipo fetal con aberración cromosómica no balanceada, permite a la pareja solicitar la terminación voluntaria del embarazo.

Su base está en las posibilidades de realización temprana del diagnóstico de la enfermedad genética o defecto congénito. El diagnóstico puede realizarse en diferentes periodos de la concepción (incluye 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. Tiene como bases éticas los derechos reproductivos y de autonomía de la pareja. Cuanto más temprano pueda conocerse el defecto genético más seguro, tanto médico como psicológico, será para la gestante el proceder a la ejecución de la opción de terminación voluntaria de la gestación de un embrión afectado.

En cualquiera de los casos, conocer la presencia de una enfermedad genética o de un defecto congénito en esta etapa de la vida proporciona información valiosa para el posible tratamiento a realizar, incluso intraútero o terapia fetal.

Mientras más tardío sea el diagnóstico prenatal menos probable será aceptar la solicitud de terminación voluntaria del embarazo, pero sin duda, se podrán tomar medidas preventivas específicas en la atención médica temprana del futuro bebé de acuerdo con la expresión y severidad clínicas del defecto, incluyendo los tratamientos intraúteros o fetales. Por otra parte, se preparará psicológicamente a la pareja, a la familia y al propio equipo

médico multidisciplinario, el que tendrá la posibilidad de tomar las decisiones estratégicas específicas en la atención del recién nacido.

Este conocimiento se considera como el diagnóstico más precoz a tener en cuenta en la prevención secundaria.

Pesquisa prenatal: Como su nombre lo indica es 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 de algunos marcadores reconocidos como de riesgo de aneuploidias, 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. Se busca la detección de concentraciones de esta proteína, que se produce solo por el metabolismo del hígado fetal y pasa por la vía de la placenta a la 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 los defectos de cierre del tubo neural.

Pesquisa de heterocigóticas AS para la anemia a células falciformes o anemia drepanocítica (sicklemia): Esta enfermedad de herencia autosómica recesiva es muy frecuente en nuestra población. Se realiza en sangre materna y se identifica 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. El objetivo de la 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.

El estudio a la gestante se realiza con la captación temprana, 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 el 25 % de probabilidad para cada embarazo de tener niños con esta enfermedad genética (genotipo SS), la 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 del estudio molecular directo de esta mutación.

Si el genotipo del feto es SS se ofrece a la pareja la opción de descontinuar el embarazo. Se explica a la pareja que el hijo o hija presentará esta enfermedad y sus graves consecuencias, de forma tal que tengan la opción de descontinuar el embarazo o continuar la gestación. Si esta última fuera la opción de la pareja, se toman las medidas de control del naciente a fin de comenzar la terapia adecuada desde la etapa neonatal.

Las pesquisas hasta aquí tratadas son una forma de atención indirecta, dirigida al diagnóstico prenatal, al determinar concentraciones de alfafetoproteína en sangre materna o del estado de heterocigótica de la gestante y de su pareja.

La confirmación de la presencia o ausencia del defecto congénito o del genotipo SS es la forma directa, porque se realiza en el feto. En el primer caso utilizando el ultrasonido fetal, a fin de comprobar el estado del desarrollo del tubo neural u otros defectos abiertos como los de la pared anterior; 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 la realización temprana de los estudios para el éxito de estas pesquisas están en la atención primaria de salud educando a la población sobre la importancia de la captación precoz del embarazo y proporcionando información sobre los propósitos de estas pesquisas, sobre todo cuando está involucrada la pareja.

Pesquisa para la detección prenatal del síndrome Down: Se realiza de forma diferente. Son las gestantes de más de 35 años la población de riesgo porque la no disyunción, causa principal de la aneuploidia del cromosoma 21, comienza a incrementarse a partir de esta edad. Se trata de la obtención de células fetales en líquido amniótico, proceder invasivo, para realizar su cultivo 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 síndrome Down utilizando estos últimos recursos abre nuevos horizontes en el enfoque de este tipo especial de pesquisa. De nuevo su éxito estará 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. EL cariotipo fetal también se propone a las parejas en las que uno de los miembros presente un estudio previo de cariotipo con aberración cromosómica balanceada.

Otro método de pesquisa de diagnóstico prenatal es el ultrasonido fetal, que se realiza en dos momentos importantes del desarrollo fetal, en el primer trimestre (12 semanas de gestación) y en el segundo trimestre (20 semanas de gestación), ambos dirigidos a identificar defectos congénitos incompatibles con la vida y marcadores ultrasonográficos frecuentes en el diagnóstico de aneuploidias cromosómicas. Esta última observación permite ofrecer la realización del cariotipo fetal para la confirmación de la aneuploidia específica sospechada.

En el caso de defectos congénitos incompatibles con la vida, como severos defectos estructurales de la anatomía fetal, incluyendo de estructuras cerebrales y tipos severos de cardiopatías congénitas, con igual procedimiento se explica a la pareja la situación de severidad y de mortalidad fetal o posnatal, para que decidan la interrupción de la gestación o la continuidad de la misma. En esta última opción se procede de igual forma que la ya descrita para la anemia por hematíes falciformes.

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, el que debe estar integrado por el ultrasonidista, el asesor genético, el genetista clínico, el obstetra y otras especialidades según el caso, además del médico general integral que atiende en la atención primaria de salud 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 continuarlo, 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 preciso y de la exacta definición de la severidad del defecto congénito. Los antecedentes en la gestante de otros embarazos perdidos por cualquier tipo de defecto congénito o de otros hijos vivos afectados, de familiares de primer grado, segundo o tercer grado tienen gran valor al permitir estimar el riesgo del embarazo actual. Al conocerse estos antecedentes y los tipos de defectos o enfermedades genéticas, 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 caracterizadas por fenómenos como expresividad variable y penetrancia reducida, aberraciones cromosómicas no balanceadas o pueden ser el resultado de mutaciones de alguno de los poligenes involucrados en la herencia multifactorial. Por ello es que 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-metabólicos en la gestante también son indicadores de riesgo de defectos congénitos que el ultrasonidista debe conocer para hacer más efectiva la búsqueda de determinado defecto, el que de otro modo podría pasar inadvertido.

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.
– Detección precoz de la enfermedad o de sus complicaciones para la intervención médica oportuna y acertada.

Como ya se ha afirmado antes las enfermedades de origen genético no tienen cura, sin embargo, para todas existe algún tipo de tratamiento. Algunos de ellos pueden modificar la expresión del gen mutado y lograr, con tratamientos adecuados, modificar o evitar efectos indeseados en su expresión. Cada enfermedad genética tiene un protocolo especial de tratamiento, cada defecto congénito tiene estrategias de intervención especiales, desde las quirúrgicas, que reparan en lo posible el daño funcional o estético, hasta las rehabilitadoras, o las que ponen al alcance de estos individuos instrumentos que sustituyan las funciones del órgano o sistema afectados. Es imperdonable que las personas afectadas desconozcan estas posibilidades. No poner a su disposición tales recursos es una violación de los principios éticos de proporcionalidad y justicia.

Se trata en ocasiones de intervenciones diagnósticas y tratamientos sumamente costosos, por lo que es preciso hacer un uso adecuado del método clínico para su conducción. Para ello, tanto el diagnóstico etiológico como el conocimiento sobre la fisiopatología y el pronóstico de la enfermedad en cuestión son fundamentales. Un ejemplo es el uso de implantes cocleares en individuos con discapacidad auditiva, en especial para aquellos con discapacidad visual asociada, o la detección temprana de retinoblastoma, que puede evitar enucleaciones, lo que se logra con las pesquisas recomendando examen visual antes del año de vida y con la pesquisa auditiva desde el nacimiento.

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 puede aplicarse a poblaciones de recién nacidos. Son pesquisas para la detección de enfermedades genéticas cuya expresión puede ser modificada cuando se tratan precozmente.

La pesquisa de detección de PKU (fenilcetonuria) y de hipotiroidismo congénito son los ejemplos más conocidos. 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 la discapacidad intelectual que caracteriza, como defecto incapacitante más severo, a estas enfermedades genéticas.

Entre las pesquisas neonatales que se realizan en Cuba está la detección precoz de PKU, galactosemia, de deficiencia de biotinidasa, hipotiroidismo congénito, la hiperplasia adrenal congénita(HAC) y, más recientemente, la fibrosis quística. Este tipo de pesquisa requiere de la toma de muestra de sangre del talón a la semana del nacimiento. La efectividad y el cuidado de la toma de la muestra es esencial para que los resultados tengan la mayor confiabilidad posible.

En la atención primaria el personal encargado de esta tarea debe estar bien entrenado, no solo en la toma de la muestra sino también para explicar a los padres sus objetivos y cómo se les hará llegar la información del resultado, explicarles que en el caso de que alguna de las pruebas sea positiva se realizarán otras pruebas para la confirmación diagnóstica y un examen clínico especializado, así como la atención por los especialistas de competencia y el genetista clínico.

Los beneficios de la detección temprana de la HAC ya fueron tratados 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, los que repercuten sobre todo en la calidad de vida del afectado, su familia y la comunidad.

El éxito de estas pesquisas está también en las 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 imperdonable que por una negligencia o 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. Esto 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 al examen físico permite detectar de manera precoz enfermedades genéticas y defectos congénitos. El examinar fenotípicamente al recién nacido permite la detección de dismorfismos que pueden tener un valor fundamental en el diagnóstico de estas condiciones. Por ejemplo, la detección de defectos congénitos no solo permitirá conocer la etiología del defecto, sino diseñar una estrategia de intervención médica temprana con el objetivo de minimizarlo. Se sigue el control del neurodesarrollo y de la talla, perímetro cefálico y peso para valorar normalidad y facilitar esta información a los padres. y orientando su manejo tempranoen casos de desviaciones de lo esperado.

En la atención de genética clínica, con el objetivo de identificar lo más temprano posible la presencia de enfermedades genéticas, está orientado que en los neonatos que presenten alguna desviación del desarrollo se haga la pesquisa de dismorfismos, la que se realiza con exámenes evolutivos durante los tres primeros meses de vida por los asesores genéticos de atención comunitaria, quie-

nes de acuerdo con los tipos, números y progresos de los dismorfismos identificados, solicitan a su vez el examen de los genetistas clínicos. Estos últimos, que laboran en la atención primaria o secundaria, de acuerdo con su impresión diagnóstica solicitarán la intervención del nivel de genética clínica de atención terciaria o de las consultas de referencia nacional, si así fuera necesario.

El diagnóstico presintomático tiene un carácter preventivo, no solo porque provee información temprana de la presencia de un defecto que aparecerá en algún momento de la vida del individuo y determinará una desventaja para él, sino por la advertencia de determinados genotipos con riesgo en miembros de una familia específica y que permitirá, a su vez, aplicar prevención primaria en ellos.

Los temas sobre diagnósticos presintomáticos son muy debatidos 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 con 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 y que pueden presentar susceptibilidad a determinadas condiciones ambientales, como ya se ha tratado antes en este capítulo.

Existen factores de riesgo para susceptibilidad, que podrían ser objeto de prevención, pues proponen cambios de estilos específicos de vida en las familias e incluso, en las poblaciones de comunidades con alta frecuencia de alguno de estas enfermedades.

Una vez más la 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 sindrómicas, la discapacidad intelectual no sindrómico, las demencias seniles, en especial el Alzheimer (cuya frecuencia aumenta notablemente con las expectativas de vida de las poblaciones), el Parkinson, diversos tipos de cáncer como el de mama, colon, próstata, entre los más frecuentes, constituyen la estrategia fundamental de las investigaciones dirigidas a determinar su heredabilidad y el reconocimiento del peso de los factores de riesgo 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 lo asisten en el tercer, segundo y primer nivel de atención médica.

El nivel terciario de atención médica para los 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 afectado y trazar estrategias de investigación sobre el conocimiento genético del problema. Este especialista 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 los recursos humanos de la educación especial.

A modo de conclusión, se puede decir que el 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 rol importante el genetista clínico como líder 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.

El nivel primario de atención médica 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 (neonatales y prenatales). Es en este nivel de atención que se detectan los factores de riesgo genético referidos a lo largo de este capítulo. Es el escenario fundamental de funcionamiento de la genética comunitaria, pilar y fortaleza del desarrollo, 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 ha transitado por diferentes momentos del desarrollo de la genética médica y este tránsito ha cambiado su enfoque. Conceptualmente

es un instrumento imprescindible en la actividad práctica del genetista clínico, quien tiene la responsabilidad de diagnosticar, mantener la evolución del paciente, liderar al equipo multidisciplinario de atención y tratamiento, identificar los riesgos genéticos de recurrencia y compartir con el asesor genético la estrategia preventiva a seguir en los tres niveles de prevención y de atención comunitaria. Sus dimensiones actuales han motivado que su desempeño se apoye en profesionales involucrados en la atención médica, entrenados a partir de la maestría en asesoramiento genético que ofrece, además, recursos genéticos para realizar investigaciones. Recursos que le permiten un nivel de desempeño responsable 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 que les permita tomar decisiones con total autonomía y en cumplimiento de sus derechos reproductivos. El asesoramiento genético tiene muy en cuenta los factores psicológicos derivados del problema que esta información le añade a los ya ocasionados por la presencia o amenaza del defecto *per se*.

Este asesoramiento 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?
– ¿Cuál será su pronóstico físico y mental?
– ¿Cuál será el riesgo para su futura descendencia, para un 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, lo que posibilita el acceso de toda la población. Es una garantía poner a disposición de todos los cubanos los avances en la atención y prevención de estas variaciones genéticas del desarrollo que requieren de una atención médica tan compleja y heterogénea.

Repercusión psicológica en las personas afectadas

¿Qué importancia tiene conocer la etiología genética o ambiental de una discapacidad? ¿En el nivel primario de salud en qué puede cambiar la atención de las personas afectadas y de sus familiares este conocimiento?

Como se describió antes, un bebé puede nacer con un defecto congénito, pero una enfermedad genética puede también comenzar en etapas posteriores al nacimiento, en el neonato, en la infancia temprana o tardía, en la pubertad, en el adulto joven, en el adulto mayor o en la senectud.

En cualquier momento del diagnóstico la familia se desestabiliza y aparecen las reacciones psicológicas, 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 comportarán de forma diferente en los padres y el resto de la familia atendiendo a las características de la enfermedad en sí misma y al efecto que ocasiona en el individuo y la familia. Se mencionan diferentes situaciones que se producen con el diagnóstico de enfermedades genéticas en edades tempranas de la vida, ya que, en el individuo adulto, considerado sano hasta el momento del diagnóstico, estas reacciones repercuten en él 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.

Algunas reflexiones:

– Si la enfermedad o el defecto se observa 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 peligra 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 y se incrementa la culpabilidad y el resentimiento, agravados por las hospitalizaciones frecuentes o los tratamientos quirúrgicos.
– La existencia de otros hijos normales o no debe ser analizada de acuerdo con el orden del hijo afectado y el origen hereditario del defecto.
– Se analizan los costos de la enfermedad que no son de la atención médica y pueden tener impacto en la familia.

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 medicina general integral encargado de la atención a estos casos, resulta fundamental conocer las características genéticas y fisiopatológicas del defecto y las posibilidades preventivas específicas de la discapacidad en cuestión. Las enfermedades genéticas y defectos congénitos son tan heterogéneos que el médico general integral está obligado a consultar al especialista en genética clínica y apoyarse en 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 de la forma más personalizada posible.

Solamente en la atención primaria de salud se pueden completar los datos que se requieren para tener un completo conocimiento de la evolución y los problemas que genera en los individuos, la familia y los padres cada una de las enfermedades genéticas y defectos congénitos, lo mismo si son frecuentes que si son entidades que se tratan en la literatura como enfermedades raras por su baja frecuencia.

Las investigaciones genéticas en el humano, tanto en individuos específicos como en las familias y en la comunidad, por obvios problemas éticos es muy limitada e incompleta. La genética comunitaria expresada en estos equipos de atención primaria de salud proporciona la posibilidad única de lograr profundizar en la comprensión y el descubrimiento de nuevos conocimientos dirigidos a incrementar la prevención, incluidos los 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 la pertinencia de disponer de tipos de recursos específicos y tecnologías de alto costo para la caracterización genética o para personalizar una estrategia alternativa.

Situaciones a tener en cuenta como reacciones psicológicas de los individuos que han vivido como sanos después de la pubertad:
– Si la enfermedad genética es progresiva o no y si el diagnóstico limitará o no su desempeño social 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 y tipo de herencia.
– Los motivos que determinaron el diagnóstico: síntomas y signos específicos, infertilidad, 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. En estos casos el diagnóstico presintomático será un problema importante a tener en cuenta por las implicaciones éticas que 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, 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 procederes que podrán ofrecerse para el diagnóstico temprano de la enfermedad, incluido el diagnóstico prenatal.

El conocimiento que tiene el médico de familia en la atención primaria de salud sobre el afectado y los pro-

blemas psicológicos, educativos y sociales, permitirá una atención multidisciplinaria más completa en los tres niveles de atención y en los tres niveles de prevención de las enfermedades genéticas y defectos congénitos.

La atención médica integral que se logre en la atención primaria de salud es una fortaleza y una garantía para la prevención de las enfermedades genéticas y defectos congénitos y para una atención médica de excelencia, no solo a los individuos afectados y sus familias, sino también para el bienestar de la propia comunidad. Se corresponde completamente con el principio martiano "la verdadera medicina no es la que cura sino la que previene".

Puede concluirse que la medicina en general, y en particular la genética clínica, está transitando por rápidas transformaciones con impacto en la medicina. Para los profesionales de la medicina cubana es un periodo de reto no muy confortable, debido a que nuestra población es altamente instruida y cuando en una familia se diagnóstica una enfermedad de posible etiología genética buscan acceso a información adicional en internet y se enteran de las nuevas tecnologías diagnósticas.

Las posibilidades tecnológicas de secuenciación genómica y exómica ya se encuentran a disposición de un gran número de enfermedades genéticas de baja frecuencia; el mayor reto está en el acceso de los pacientes necesitados a estos tipos de tecnologías, por sus elevados costos y asegurar, una vez lograda la detección de las variantes moleculares de una estructura génica específica, la relación entre ella y el fenotipo del paciente, el acceso a tratamientos personalizados y a los objetivos preventivos basados en la posibilidad de extensión del estudio a otros miembros de la familia que lo requieran o a modo de pesquisas.

Afortunadamente, en Cuba los profesionales están preparados para enfrentar estos recursos tecnológicos y su aplicación inmediata una vez que se logre el acceso a estos tipos de tecnologías. Se cuenta con la fortaleza de una extensa organización nacional de atención genética, fortalecida por las ideas iniciales de nuestro salubrista mayor de extensión de la salud a todo el pueblo cubano y de hacer de Cuba un país de hombres de ciencia, el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz. Hoy se cuenta con la organización de la medicina comunitaria a nivel nacional, asegurada por la voluntad política del MINSAP, y que constituye, a su vez, la mayor fortaleza para la organización de la Red Nacional de Genética Médica, bajo la conducción del Centro Nacional de Genética Médica.

En la medida en que se consoliden los conocimientos que en estos capítulos se exponen sobre las acciones de atención a individuos y familias con enfermedades genéticas y en los contenidos sobre la medicina comunitaria, Cuba será en la práctica clínica y epidemiológica una envidiable fortaleza para estudios genómicos en función del beneficio de su población.

Bibliografía

Blomberg, M. I., Källen B. (2010). Maternal Obesity and Morbid Obesity:the Risk for Birth Defects in the Offspring Birth. *Defects Research.* Part A; 88:35-40.Recuperado de: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19711433/

Castells Martínez, E. M. (2020). *Desarrollo de un ultramicroensayo para la pesquisa neonatal de la fibrosis quística*. Tesis Grado Científico de Doctor en Ciencias. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Colectivo de autores (2017). *Manual de normas y procedimientos. Servicios de genética médica en Cuba.* La Habana: Editorial CienciasMédicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-de-normas-y-procedimientos-servicios-de-genetica-medica-en-cuba/

Harper, P. S. (2004). *Practical Genetic Counselling.* 6th ed. Butterworth Heinemann.

Hernández-Fernández, R., Valdés-Collazo, L., Clapés-Hernández, S., Lantigua-Cruz, A. (2015). Relationship between maternal obesity and congenital malformation in a subpopulation of Havana. *J Diabetes Metab.* 2015, 6:21:102.

Herrera Vallejera, D., González Reyes, E. C., Pérez Moras, P. L., Frómeta Suárez, A. (2006). Normalización del UMELISA TSH NEONATAL® a discos de 3 mm. *Rev. CENIC Ciencias Biológicas,* Vol. 37, No. 2. Recuperado de: https://revista.cnic.cu/index.php/RevBiol/article/view/1112

Hurst, A. C. E., Robin, N. H. (2020). Dysmorphology in the era of genomic diagnosis. *Pers. Med.,* 10, 18. Recuperado de: https://doi.org/10.3390/jpm10010018

Lantigua Cruz, P. A. (2014). Detección de riesgo genético preconcepcional. En: AlvarezSintes y colb. *Medicina General Integral.* 3ra. ed. La Habana:Editorial Ciencias Médicas. p. 426-438. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-salud-y-medicina-volumen-iii-tercera-edicion/

_____ (2016). Enfermedades genéticas y defectos congénitos. Cap 8. En: Colectivo de autores. *Pediatría. Diagnóstico y tratamiento.* 3ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/pediatria-diagnostico-y-tratamiento-tercera-edicion/

_____ (2021). Enfermedades genéticas y su prevención en Cuba. Cap. 6. En: Colectivo de autores. *La atención a la salud en los primeros 1000 días de la vida: experiencia cubana.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-atencion-a-la-salud-en-los-primeros-1000-dias-de-la-vida-experiencia-cubana/

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 Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/introduccion-a-la-genetica-medica-2da-ed/

Marcheco Teruel, B. (2009). El Programa Nacional de Diagnóstico, Manejo y Prevención de Enfermedades Genéticas y Defectos Congénitos de Cuba: 1981-2009. *Rev. cuban. genét. común.* Vol 3: 167-184.

McKinlay Gerner, R. J., Amor, D. J. (2018). *Gardner and sutherland's chromosome abnormalities and genetic counseling.* 5th. ed. USA: Oxford University Press.

Oliva Rodríguez, J. A. (2010). *Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/ultrasonografia-diagnostica-fetal-obstetrica-y-ginecologica/

Pérez Hernández, C. L., Rojo Domínguez, D., Fernández Romero, T., Suárez Román, G., Clapés Hernández, S., García, T. N., Meneses, J., *et al.* (2018). Implication of obesity in pregnancy outcome. *J Obesity Metab Syndr*.

Rimon, D. L., Connor, J. M., Pyeritz, R. E., Korf, B. R. (2007). *Emory and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics*, Vol 1. 6th ed. New York: Churchill Livingstone. Recuperado de: https://www.elsevier.com/books/emery-and-rimoins-principles-and-practice-of-medical-genetics/rimoin/978-0-12-383834-6

Rojas Betancourt, I., MarchecoTeruel, B. (2012). *Estrategia para la prevención primaria de los defectos congénitos en la Atención Primaria de S-alud.* Programa nacional de diagnóstico, manejo y prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos. La Habana: OPS.

Sean, D. (2017). *Genomic and precision medicine. Primary care*. 3th.ed. Stanford University School of Medicine. United States: Elsevier, Academic Press. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-800685-6.00001-1

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Atención ambiental e integral a grupos poblacionales

Capítulo 53. Atención primaria ambiental
Capítulo 54. Atención prenatal
Capítulo 55. Atención al niño
Capítulo 56. Atención al adolescente
Capítulo 57. Atención al adulto
Capítulo 58. Atención al trabajador
Capítulo 59. Atención en centros laborales
Capítulo 60. Atención en centros educacionales
Capítulo 61. Atención al adulto mayor
Capítulo 62. Control del cáncer en el nivel primario de salud
Capítulo 63. Atención al paciente en estadio terminal

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 53
Atención primaria ambiental

Emilia Antonia Botello Ramírez y Andrés Hernández Ramírez

Los problemas del medioambiente constituyen un tema de gran impacto desde hace varios años y con mayor notabilidad durante el siglo XXI, han incitado compromisos mundiales como ningún otro. Estos problemas están relacionados con las consecuencias directas e indirectas que tiene el cambio climático en la conservación de la especie humana; afectan y atañen a todos los habitantes del planeta.

Cambio climático y actividad humana

El Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC, por sus siglas en inglés), con un alto grado de certeza estima que el cambio climático previsto repercutirá en la salud humana hasta mediados del presente siglo. Asimismo, distingue tres tipos de efectos de este fenómeno sobre la salud (Favier, 2019). Estos efectos pueden ser directos, indirectos a través de los sistemas naturales e indirectos a través de los sistemas socioeconómicos.

La Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (ONU, 2013) utiliza como definición el cambio de clima que se atribuye, directa o indirectamente, a la actividad humana que altera la composición de la atmósfera mundial y se superpone a la variabilidad natural del clima observada durante periodos de tiempo comparables.

El organismo internacional alerta sobre el cambio del clima ya consumado y avizora que continuará cambiando por los próximos siglos con el aumento de la temperatura global promedio y el consecuente aumento del nivel del mar. Los esfuerzos para mitigar la emisión de gases son relevantes únicamente a muy largo plazo y para generaciones de humanos cuyos padres aun no nacen.

Medioambiente y desarrollo sostenible

El análisis de los problemas medioambientales aparece ligado de forma indisoluble al concepto de desarrollo sostenible y vinculado de forma íntima con el desarrollo social, el desarrollo económico, la protección y conservación del medioambiente. Implica trabajar de forma simultánea en dos vertientes, el desarrollo como mejora constante de todo y de todos y la sostenibilidad como garantía de que las futuras generaciones de seres humanos puedan disfrutar del medioambiente y de los recursos naturales de que disponemos (ONU, 2013).

Los actuales modelos de producción y consumo son causa de pobreza extrema y consecuencia de ellos son la sobreexplotación, el deterioro acumulado y el saqueo de los recursos naturales que ponen en riesgo el desarrollo sostenible de todos los países (ONU, 2013). Entre las principales consecuencias del cambio climático se pueden mencionar la erosión y degradación de los suelos, el deterioro del saneamiento y las condiciones ambientales en los asentamientos humanos, la contaminación de las aguas, la deforestación y la pérdida de la biodiversidad.

Se conoce que el clima siempre está fluctuando de forma natural y los indicadores de salud manifiestan oscilaciones que responden a las variaciones estacionales e interanuales. La ruptura de estos patrones naturales puede modificar la vulnerabilidad de la población a las variaciones climáticas. Es por eso que los impactos del cambio climático en la salud pública están en continua revisión. En este sentido resulta necesario reconocer su efecto en varios determinantes de la salud.

Cambio climático y salud

Desde el punto de vista sanitario el cambio climático provoca que entidades nosológicas puedan tener en su etiología un problema de tipo medioambiental, contribuyendo así de forma significativa a la carga mundial de la morbilidad, la cual se prevé aumente en el futuro. Ha modificado, además, los patrones de transmisión de enfermedades infecciosas y un aumento de los problemas relacionados con esta causa a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud declara en el documento "Cambio climático y salud humana" (OMS, 2013) algunos de ellos:

- Problemas de salud relacionados con la potabilidad del agua y su afectación por la variabilidad de las precipitaciones. La escasez de esta puede poner en peligro la higiene y aumentar el riesgo de enfermedades diarreicas.
- Incremento en la frecuencia y la intensidad de las inundaciones. Su aumento de forma extrema a lo largo de este siglo ha incrementado el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua y las provocadas por la proliferación de criaderos de insectos portadores de enfermedades.
- Ahogamientos y lesiones físicas, daños en las viviendas y perturbaciones del suministro de servicios médicos y de salud.
- Más de 3 millones de personas mueren por los efectos del cambio climático en países de Asia Sudoriental y del pacífico occidental. En la Región de Las Américas se producen por esta causa más de 800 000 muertes cada año.

En la figura 53.1 se presentan las actividades del Programa de la Organización Mundial de la Salud relativas al cambio climático y la salud.

La vulnerabilidad varía en función de la edad y afecta de forma particular a los más desposeídos. Según datos emitidos por la Organización Mundial de la Salud, 4,9 millones de muertes ocurren en adultos de 50 a 75 años por enfermedades no transmisibles y lesiones, y 1,7 millones de muertes se reportan en menores de 5 años por infecciones de las vías respiratorias inferiores y enfermedades diarreicas.

Cuba no está exenta de tales consecuencias y desde 1991 se desarrollan investigaciones de vulnerabilidad y peligros. Estas fueron intensificadas luego del análisis de los impactos de los huracanes Charley e Iván en el occidente del país. En el año 2007 las acciones de investigación se priorizan en un macroproyecto sobre peligros y vulnerabilidad costeras para los años 2050-2100, liderado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA, 2017).

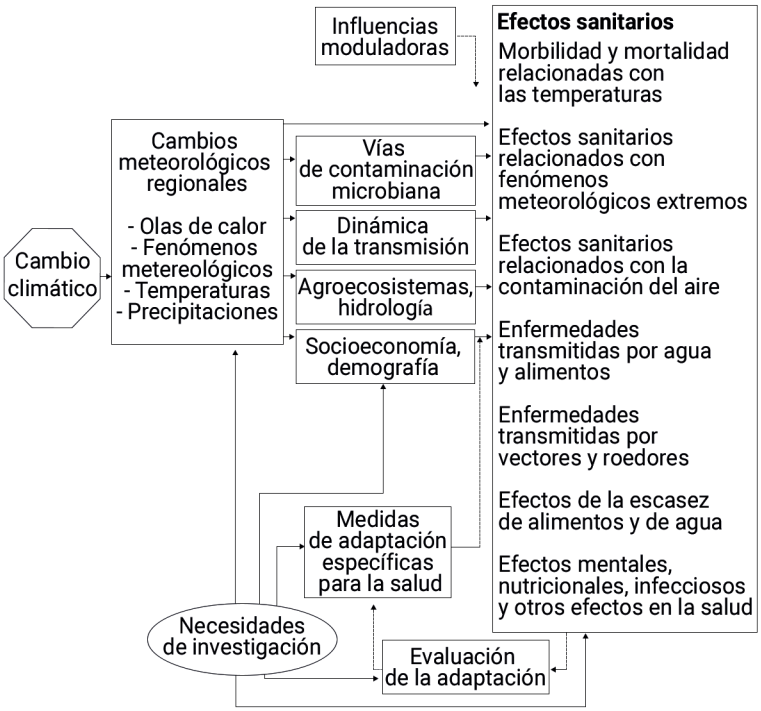


Fig. 53.1. Actividades del Programa de la Organización Mundial de la Salud relativas al cambio climático y la salud.

En la fig. 53.2 se destacan los escenarios de peligro y vulnerabilidad de la zona costera cubana asociados al ascenso del nivel del mar para los años 2050 a 2100, como resultados del macroproyecto.

Los resultados de este estudio avalaron que:

- El clima de la isla es cada vez más cálido y extremo.
- La temperatura media anual aumentó en 0,9 °C desde mediados del siglo pasado.
- Se observa gran variabilidad en la actividad ciclónica.
- Desde 1960 se han incrementado las sequías.
- El nivel medio del mar ha subido 6,77 cm hasta la fecha y puede alcanzar hasta 27 cm en el 2050 y 85 en el 2100.
- Las inundaciones costeras ocasionadas por la sobrelevación del mar y el oleaje por eventos meteorológicos son hoy un peligro para el patrimonio nacional y la seguridad de estas áreas.

Todas las enfermedades reconocidas a escala nacional sensibles a cambios climáticos presentan una tendencia global al aumento, la que resulta significativa. También son elevados los costos del Sistema Nacional de salud.

En el año 2011 el Consejo de Ministros aprobó directivas elaboradas a partir de los resultados científicos y las recomendaciones del macroproyecto del CITMA, y en el año 2015, bajo la coordinación de este, se comenzó un proceso de actualización de los documentos ya aprobados por el Consejo de Ministros para el enfrentamiento al cambio climático.

En el año 2017 se aprueba la "Tarea Vida" como plan del Estado para el enfrentamiento al cambio climático, con alcance y jerarquía superior y que incluye la dimensión territorial. Requiere concebir y ejecutar un programa de inversiones progresivas, a corto (2020), mediano (2030), largo (2050) y muy largo plazos (2100) (CITMA, 2017). Las zonas, áreas y lugares priorizados por la "Tarea Vida" se representan en la figura 53.3.

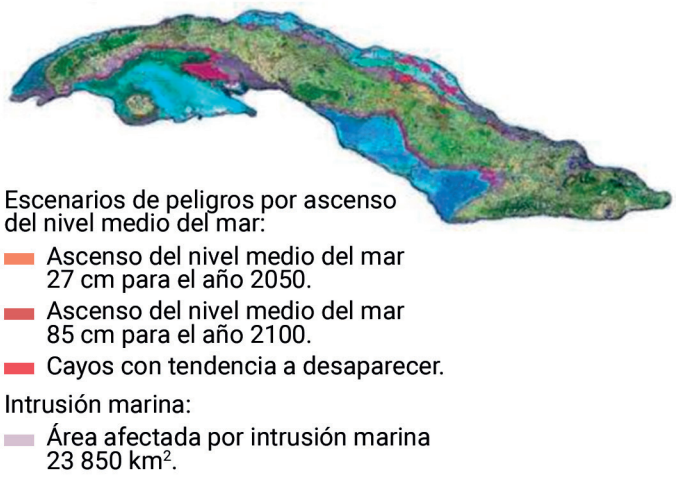


Fig. 53.2. Peligros y vulnerabilidad de la zona costera cubana.
Fuente: CITMA (2016). *Mapa informe sobre cambio climático en la República de Cuba*: CITMA

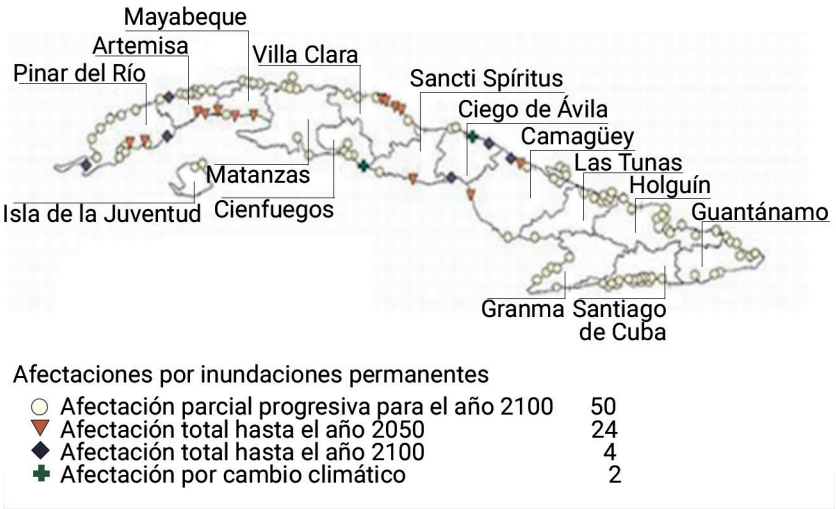


Fig. 53.3. Zonas, áreas y lugares priorizados por la Tarea Vida.

El Ministerio de Salud Pública tiene implicación directa en las tareas 2, 4, 8, 9 ,10 y 11 del plan. Las acciones van dirigidas a fortalecer la Estrategia Ambiental Nacional y los planes de contingencia para disminuir el impacto de fenómenos adversos sobre los recursos humanos y materiales del país.

Las acciones del Ministerio de Salud Pública a corto plazo abordan:

- La formación de recursos humanos para el pregrado y el posgrado.
- La gestión de la investigación en la búsqueda de evidencias científicas que permitan establecer la relación entre cambio climático y salud poblacional.
- El desarrollo de proyectos a ciclo completo en temas asociados a salud ambiental, vectores y cambios climáticos, seguridad alimentaria y agua.
- La transferencia de tecnologías adecuadas para enfrentar los impactos esperados.

En consonancia con estas tareas deben propiciarse en los territorios los convenios interinstitucionales, los polos científicos productivos con los centros provinciales de meteorología, los centros de estudios ambientales y otros organismos que propicien investigaciones dirigidas a evaluar el impacto del clima, como por ejemplo, en el comportamiento epidemiológico del *Aedes aegypti*, la morbilidad por dengue, la enfermedad diarreica aguda, la infección respiratoria aguda por influenza y por el virus sincitial respiratorio y en la prevención de eventos agudos de enfermedades transmisibles (Botello *et al.*, 2019).

Por otro lado, se requieren de acciones diseñadas para garantizar la disponibilidad y el uso eficiente del agua, la seguridad de la salud, el fortalecimiento del sistema de monitoreo, vigilancia y alerta temprana que permita detectar de manera efectiva los brotes de enfermedades y que facilite una respuesta rápida del Sistema de Salud. Es importante también la comunicación y capacitación de la población para elevar la percepción del riesgo, la adaptabilidad y mitigación de los efectos ambientales y el fomento de la participación social.

Atención primaria de salud y atención primaria ambiental

Desde el propio surgimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) sus iniciativas propiciaron diversos cambios de paradigmas en la atención a la salud individual y colectiva. Por igual periodo y relacionado con las políticas agrarias de los países del llamado tercer mundo surge también el concepto de desarrollo rural integral, cuyo objetivo era incorporar el potencial productivo de las comunidades rurales al desarrollo nacional mediante la innovación y la adaptación de la tecnología y la organización social. De ambas vertientes se origina en lo fundamental la atención primaria ambiental (OPS, 1998), vigente en nuestros días y adoptadas por diversos países.

Aunque los principios y el objetivo de la Atención Primaria Ambiental (APA) se remontan a los postulados suscritos en Alma-Ata, su definición y aplicación son de época más reciente. El concepto es nuevo y se relaciona con el proceso real de desarrollo de las naciones y los temas ambientales actuales. Diferentes grupos enfatizan aspectos del concepto. Acontecimientos internacionales sobre el ambiente y la intervención de organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han contribuido a aclarar lo que debe entenderse por atención ambiental primaria (OPS, 1998).

En general, y tomando como referente lo que establece la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Atención Primaria Ambiental se basa en los valores de equidad, participación, eficiencia e integración de la Atención Primaria de Salud, pero va más allá, al incluir la descentralización del poder y los recursos, el carácter interdisciplinario de los agentes o actores, la participación cívica, la organización, la prevención y la protección del entorno, la diversidad, la cogestión y autogestión, la coordinación, la autonomía y la solidaridad.

El documento emitido por la OPS en 1998 cobra vital relevancia en nuestros días, pues establece pautas de trabajo en la Atención Primaria Ambiental para el siglo xxi. Se sugiere a la comunidad internacional que la estrategia a adoptar debe de ir más allá de las iniciativas de la atención primaria de salud para demostrar la repercusión en el progreso de los países. Se establece que, para lograr el objetivo en el contexto actual, se necesita remplazar el paradigma de salud basado en estrategias de control y de prevención por uno que apoye las metas ambientales para el desarrollo sostenible desde una perspectiva holística.

La Atención Primaria Ambiental en el siglo xxi requiere de un "enfoque ecosistémico en salud" (Kochtcheeva, L. y col., 2002) que conecta la gestión ambiental integrada con una comprensión holística de la salud humana, tomando en cuenta los factores sociales, económicos y culturales inherentes a un ecosistema.

De manera coherente con su naturaleza holística, este nuevo enfoque es sensible a las diferencias sociales y cul-

turales y se apoya fuertemente en cualidades que requiere y le son imprescindibles como:

Reconocimiento de las relaciones complejas y muchas veces impredecibles entre los componentes vivos y no vivos de nuestros ecosistemas.

– Transdisciplinariedad entre las diversas profesiones académicas y aplicadas.
– Énfasis en la comprensión y el conocimiento de la comunidad local con respecto a la gestión en salud y los ecosistemas.
– Comprensión de los papeles que difieren en el hombre y la mujer cuando se trata de lograr y preservar la salud.
– Promoción de una visión holística de la salud humana.

LA atención primaria de salud desempeña un papel clave. El llamado implica la necesidad de profundizar en estrategias ambientales que garanticen la prevención de las enfermedades agudas y crónicas no transmisibles que pueden afectar a las poblaciones más vulnerables y a los indicadores de salud alcanzados por nuestro país. Cuba cuenta con un primer nivel de atención competente, que ha trabajado y perfeccionado la estrategia ambiental en su desarrollo histórico y que puede y debe asumir, en la situación actual y los desafíos futuros, la gestión del medioambiente en relación con la salud, el bienestar social y el desarrollo sostenible.

Bibliografía

Botello Ramírez, E. A., Hernández Moreno, V. J., González Madariaga, Y., Ballesteros Hernández, M. (2019). Salud y cambio climático, una demanda apremiante de investigación en Villa Clara. *Medicentro Electrónica*, 23(1), 1-2. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000100001&lng=es&tlng=es

CITMA (2017). *Enfrentamiento al cambio climático en la República de Cuba*. La Habana: CITMA.

_____ (2016). *Mapa informe sobre cambio climático en la República de Cuba*: CITMA.

Favier Torres, M. A., Chi Ceballos, M., Dehesa González, L. M., Veranes Dutil, M. (2019). Efectos del cambio climático en la salud. *Rev.inf. cient*. 98(2), 272-82. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v98n2/1028-9933-ric-98-02-272.pdf

Kochtcheeva, L., Singh, A. (2002). Una evaluación de riesgos y amenazas para la salud humana debidos al colapso/degradación del ecosistema. En: Feota, G., Bazzani, R. (eds.). *Desafíos y estrategias para la implementación de un enfoque ecosistémico para la salud humana en los países en desarrollo: Reflexiones a propósito de las consultas regionales realizadas*. Recuperado de: http://www.idrc.ca/uploads/userS/10286535481Publi_UNEP_IDRC_docu_Spanish.PDF

Organización de Naciones Unidas (2013). *Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.* Nueva York: ONU.

Organización Panamericana de la Salud (1998). *Atención Primaria Ambiental*. Recuperado de: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/scan/032427.pdf

OPS/OMS (2018). *Reporte de actividades relativas al cambio climático y la salud*: OPS/OMS.

Capítulo 54
Atención prenatal

Yudy Cambero Martínez, Stalina Santisteban Alba, Roberto Alvarez Sintes y Guadalupe Álvarez Bustamante

El control de la gestación, incluido dentro de la medicina preventiva, resulta primordial para reducir los accidentes perinatales al identificar los principales riesgos evitables. Dicho control necesita de una metodología y una reiterada recopilación de información clínica, siendo indispensable la búsqueda activa de signos de alerta de los principales riesgos, lo que proporcionaría a la consulta una plena eficacia.

El control debe ser para todas las gestantes, debido al riesgo potencial de un accidente perinatal. Con mucha frecuencia es el control prenatal el método que detecta los primeros signos de alteración en el desarrollo de una gestación que, aparentemente, parece transcurrir con normalidad.

La información recogida en la atención prenatal debe ser analizada con la gestante y sus familiares y debe abarcar los aspectos siguientes:

- Importancia y repercusión de los factores de riesgo sobre la gestación identificados.
- Efectos potenciales que el embarazo puede tener sobre dichos factores de riesgo.
- Incapacidad funcional materna condicionada por dichos factores y su duración.
- Investigaciones necesarias para controlar el bienestar materno-fetal.
- Posible pronóstico de resultados favorables maternos y fetales.

Definición, objetivos y características

La atención prenatal consiste en un conjunto de consultas, acciones de salud y cuidados previos al parto, cuyo propósito es que cada gestación termine en un parto feliz y seguro, sin complicaciones maternas y en un recién nacido vivo, sano, de buen peso. Es el conjunto de medidas de vigilancia que se establecen sobre los mecanismos de ajuste del organismo, ya que el embarazo es un proceso fisiológico que determina ajustes compensadores. Tiene como objetivo la detección temprana de la conversión de estos mecanismos en peligro para la salud de la mujer o de su hijo y tomar las medidas necesarias para mantener la evolución del embarazo dentro de límites normales.

En Cuba, el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) tiene un grupo de problemas identificados que son susceptibles de ser modificados y que tienen gran influencia en los indicadores de salud materno-infantil. Propone un grupo de acciones que con su cumplimiento se contribuye de manera decisiva a disminuir la tasa de mortalidad infantil y materna.

En la práctica médica integral, los médicos generales o recién graduados y los especialistas en medicina general integral en el nivel de atención primaria de salud ofrecen la atención prenatal. En este nivel de atención todas las gestantes reciben una atención individualizada e integral, se exploran los probables factores de riesgo reproductivo, cumpliendo con los protocolos de atención en cada una de las consultas médicas según la evolución de la gestación.

Es valiosa la detección de los posibles problemas congénitos con los marcadores de pesquisa y mediante los exámenes complementarios imprescindibles para la valoración del especialista en ginecología y obstetricia del grupo básico de trabajo desde la captación hasta las 40 semanas de edad gestacional. Después la atención continuará con el especialista en ginecología y obstetricia de la consulta de gestante a término del nivel secundario de atención en caso que todos los parámetros evaluati-

vos por examen clínico y ultrasonografía resulten normales y se decida el ingreso entre las 41 y 42 semanas, si no ha ocurrido el parto. La figura 54.1 es un flujograma organizacional de la atención materno infantil en Cuba.



Fig. 54.1. Flujograma organizacional de la atención materno infantil en Cuba (Camberro Y., 2019).

Objetivos principales:

- Lograr que ninguna mujer fallezca directa o indirectamente a causa de una gestación.
- Disminuir la morbilidad y la mortalidad perinatales, incluidos el bajo peso al nacer y las secuelas de la hipoxia intrauterina.
- La premisa fundamental de la atención prenatal es la captación precoz, antes de la semana 12 de edad gestacional.

¿Por qué la captación debe ser antes de las 12 semanas de edad gestacional? Lo ideal sería que se realizara antes de la décima semana, sobre todo si la mujer no ha acudido a consulta pregestacional. Durante las primeras 10 semanas de la gestación se produce la organogénesis fetal, que es el periodo de mayor vulnerabilidad durante todo el embarazo. Con la cobertura de profesionales en salud pública de Cuba esta meta se puede lograr al 100 %. La captación temprana proporciona muchas ventajas para el trabajo de los médicos y especialistas.

Ventajas de la captación temprana:

- Valorar psicosocialmente a la gestante y a su familia para conocer el grado de aceptación de la gestación, y así inferir el grado de cooperación que obtendrán las indicaciones médicas; además, brindar atención especializada con psicólogos y psiquiatras de la atención primaria de salud.
- Detectar afecciones crónicas asociadas al embarazo y brindar atención médica especializada en equipo, así como mayor frecuencia en los controles prenatales.
- Valorar con la pareja, si fuera necesario, la conveniencia de una interrupción de esta gestación hasta lograr la compensación de la afección crónica.
- Detectar o corroborar por el examen bimanual la concordancia del tamaño del útero y el tiempo de amenorrea.
- Conocer las cifras basales de tensión arterial, aunque es posible que ya su médico de familia la tuviera controlada en su ficha familiar.
- Realizar la valoración ponderal y clasificación del grado nutricional de cada gestante para prevenir el bajo peso y el riesgo de enfermedad hipertensiva inducida por la gestación.

Características:

- Precoz. La captación debe ocurrir antes de las 12 semanas de embarazo.
- Periódica. La gestante es atendida por el equipo de salud con la periodicidad que establece la metodología. Para gestantes sin riesgo se ofrecerán 10 controles en la atención primaria.
- Continua. El médico y su equipo atienden a las gestantes fijadas a lo largo de todo el embarazo, incluyendo los lugares donde la paciente realiza sus actividades en la comunidad. En ocasiones, es este mismo médico el que realiza el parto.
- Completa. Se cumple el esquema de atención establecido con la calidad requerida para cada una de las consultas desde el punto de vista humano y con las tecnologías para detectar todas las alteraciones que se produzcan en el crecimiento fetal intraútero.
- Dispensarizadas. Se registran todas las gestantes y se controlan sistemáticamente, con atención especial a los grupos de riesgo. Con el subsistema del Médico de Familia este grupo pasa a ser parte del grupo II de dispensarización, ya que se dispensa el 100 % de la población.
- Integral. Se unen los aspectos preventivos, curativos, biológicos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente que está en interacción con la gestante.
- Regionalizada. Es la base para establecer la interrelación de los distintos niveles de atención y lograr la máxima utilización de los recursos humanos y materiales disponibles. Se basa en el principio de la atención escalonada.
- En equipo. En la atención interviene el equipo primario horizontal integrado por el médico y la enfermera y los equipos verticales integrados por especialistas del grupo básico de trabajo, trabajadores sociales y sanitarios, psicólogos, especialistas pertenecientes al nivel prima-

rio de atención. Puede adicionarse otro personal especializado en cualquier nivel de atención que aún no esté cubierto por el médico de familia. Se mantendrá la atención de la gestante agrupada por sectores.
– Participación activa de la comunidad. La participación de los consejos de salud garantiza la vinculación entre el equipo de salud y la comunidad; estos pueden verificar el cumplimiento de las tareas y lograr la participación de sus miembros en la solución de los problemas individuales y colectivos que intervienen en el proceso salud-enfermedad.

La tendencia actual mundial y en Cuba es la planificación de la gestación a edades más tardías, por lo que es imprescindible realizar una consulta preconcepcional adecuada antes de iniciar la búsqueda de una gestación y poder detectar enfermedades crónicas, sobre todo cardiopulmonares, las que pueden aparecer y complicar el binomio madre-hijo.

Cronología y conducta durante la gestación normal

Cada gestante normal recibirá un mínimo de 10 controles prenatales por el médico de familia del grupo básico de la familia, de estas, cuatro son interconsultas con el especialista de ginecología y obstetricia del grupo básico de trabajo del policlínico, que incluye al ginecobstetra, internista, pediatra, psicólogo y trabajador social.

La atención prenatal comienza y se realiza actualmente, en más del 95 % de las mujeres embarazadas, en el consultorio del médico de familia. Su cronología o periodicidad debe abarcar un mínimo de 10 consultas, las consultas de las semanas 40 y 41 de la gestación se brindarán en el nivel secundario de atención médica.

Esta frecuencia es válida para todas las gestantes que evolucionan normalmente y se complementa con las visitas de terreno, en el hogar, que realizarán su médico y enfermera de familia.

En el nivel secundario las gestantes se atenderán en consultas especializadas, que se organizan de acuerdo con su enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, cardiopatías), desnutrición materna o cesáreas anteriores.

En el nivel terciario, institutos de investigaciones, las gestantes pueden recibir atención, asistir a consultas coordinadas por afecciones crónicas o complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio.

Muchas de las gestantes en Cuba son atendidas en los hogares maternos, donde ingresarán cuando sea necesario por riesgo de prematuridad, para mejorar su estado nutricional y para lograr un buen reposo. También pueden ingresar para esperar su parto, si viven en zonas geográficamente inaccesibles, o por problemas socioeconómicos, amenazas de aborto o embarazos múltiples con reposo absoluto indicado. Estas instituciones se asemejan a los hogares de las gestantes y desde su creación llevan implícito un trabajo educativo en múltiples aspectos de la salud en general y en lo referente al binomio madre-feto en particular.

La figura 54.2 es un diagrama de la atención prenatal en Cuba.

Consulta de captación o primera consulta

Es la de captación de la gestante y quizás la más importante de todas las consultas porque en ella el médico debe ser capaz, mediante el interrogatorio y el examen físico completo, de detectar los riesgos que la gestante presenta o que permanecían ocultos, e iniciar la profilaxis de los riesgos de la gestación, sobre todo el bajo peso al nacer, la toxemia y la prematuridad.

El médico de familia está en el deber y la obligación de realizar la captación de embarazo a la menor edad gestacional. Posible. Cuando se presente una paciente con una prueba de embarazo positiva está en el deber y la obligación de demostrar la existencia de un embarazo intraútero, cuando se presente con un ultrasonido que informe un embarazo intraútero, así sea de 5 semanas, también está en el deber de realizar la captación de embarazo.

Los antecedentes patológicos personales que permiten durante la captación una primera evaluación del riesgo preconcepcional son:
– Bajo riesgo:
  • Déficit nutricional grados III y IV.
  • Muerte perinatal.
  • Incompetencia cervical o uterina.
  • Parto pretérmino y de bajo peso.
  • Parto previo con isoinmunización.
  • Preeclampsia-eclampsia.
  • Desprendimiento prematuro de la placenta.
  • Cesárea anterior u otra operación uterina.
– Alto riesgo:
  • Tumor de ovario.
  • Hipertensión arterial.
  • Enfermedad renal.
  • Diabetes *mellitus*.
  • Cardiopatía.
  • Procesos malignos.
  • Anemia por hematíes falciformes.
  • Enfermedad pulmonar.
  • Enfermedad del tiroides.
  • Enfermedad hepática.
  • Epilepsia.

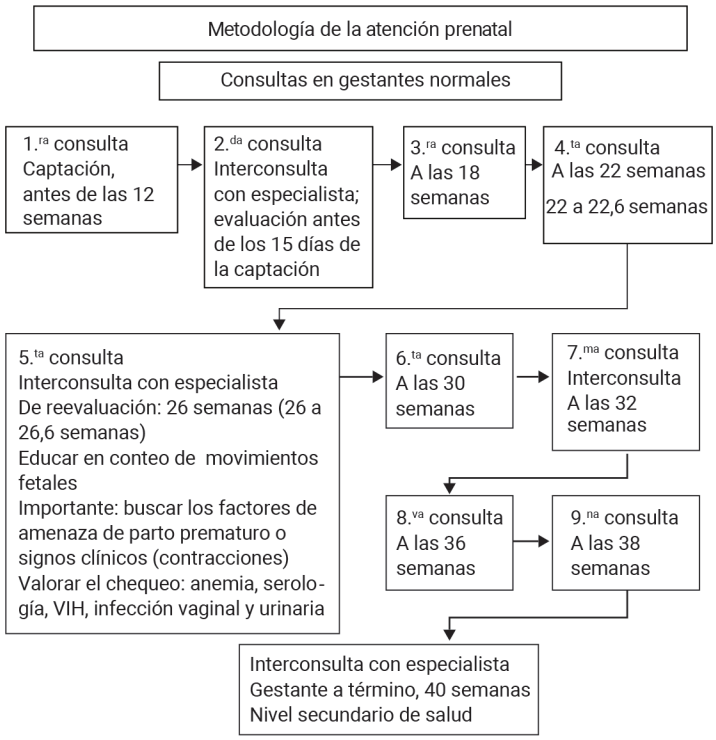


Fig. 54.2. Flujograma de atención prenatal (Camberro Y., 2019).

Cada visita prenatal es una oportunidad para detectar una evolución no favorable que pueda originar dificultad para la madre, el feto o ambos, y que constituya un factor de riesgo:

– Bajo riesgo:
  - Infecciones virales.
  - Ganancia de peso inadecuada.
  - Tabaquismo y alcoholismo (a vigilar).
  - Útero grande en relación con la edad gestacional (signo de más).
  - Anemia (hemoglobina inferior a 100 g/L).

– Alto riesgo:
  - Estados hipertensivos inducidos por el embarazo.
  - Pielonefritis.
  - Isoinmunización.
  - Diabetes gestacional.
  - Sangrado uterino (gestorragías).
  - Polihidramnios u oligohidramnios.
  - Enfermedad tromboembólica.
  - Embarazo múltiple.
  - Rotura prematura de las membranas.
  - Infección ovular o genital.
  - Útero pequeño para la edad gestacional.
  - Postérmino (ingresada).
  - Problemas quirúrgicos agudos.

Existen intervenciones que tienen mayor impacto cuando son realizadas antes del embarazo. La evaluación preconcepcional optimiza y asegura que el embarazo termine con el nacimiento de un niño más sano y una madre libre de complicaciones.

En la figura 54.3 pueden constatarse algunas de las medidas de prevención primaria que deben tomarse de manera individual o colectiva para que la atención al riesgo genético preconcepcional en este nivel sea efectiva.

Aspectos de la atención al riesgo reproductivo preconcepcional sobre los que debe orientar el médico general integral a la población que atiende:

– Los embarazos deben ser planeados en edades adecuadas.
– Toda mujer en edad fértil y su pareja deben consumir ácido fólico (1 mg) al menos 3 meses antes de la concepción del embarazo.
– Consultar al médico ante la necesidad de llevar tratamiento con algún medicamento.
– Evitar las infecciones.
– Toda mujer portadora de una enfermedad crónica no transmisible (hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, epilepsia u obesidad) debe acudir al médico para comprobar que se encuentra compensada y para realizar las modificaciones necesarias al tratamiento, determinando el fár-

maco que controle eficazmente la enfermedad materna y que suponga el menor riesgo para el embrión o feto.
– La diabetes materna triplica el riesgo de defectos congénitos en la descendencia.
– Una mujer obesa antes del embarazo (índice de masa corporal de 30 o más) enfrenta mayor riesgo de complicaciones durante este. La obesidad en la mujer también aumenta el riesgo de causar varios defectos de nacimiento en el bebé.
– La mujer y su pareja deben modificar ciertos hábitos de su estilo de vida al menos 3 meses antes de abandonar el método anticonceptivo o de iniciar las relaciones sexuales sin protección:
  • No ingerir bebidas alcohólicas ni consumir otro tipo de drogas.
  • No fumar.
  • Evitar exposiciones a sustancias químicas tóxicas, extremar las normas de prevención en el medio laboral.
  • Seguir una dieta sana y equilibrada.

Evaluación del riesgo genético prenatal. Una vez captada, la embarazada debe ser enviada inmediatamente a la consulta de evaluación de riesgo, la que se lleva a cabo por un máster en Asesoramiento Genético, quien realiza la identificación del riesgo genético prenatal.

A partir de este momento se define el seguimiento de cada embarazada teniendo en cuenta la evaluación del riesgo como bajo (RGB) o incrementado (RGI), para este último grupo la conducta también variará según el criterio de riesgo específico.

Toda mujer tendrá derecho, según corresponda, a todos los estudios que brindan los servicios de genética en el país. La atención prenatal permite el diagnóstico precoz de defectos congénitos, los que se clasifican en malformación, deformación, disrupción, displasia y enfermedades genéticas.

Identificación del riesgo genético preconcepcional

La identificación del riesgo genético preconcepcional se realiza por los másteres en Asesoramiento Genético en el contexto de las consultas de riesgo reproductivo preconcepcional o de planificación familiar. Estas consultas están habilitadas en cada área de salud con carácter multidisciplinario y a ellas deben acudir los pacientes en edad reproductiva remitidos por sus médicos de familia.

El máster en Asesoramiento Genético definirá los casos según los grupos de riesgo genético:

1. Riesgo de alteraciones cromosómicas.
2. Riesgo de defectos congénitos.
3. Riesgo de afecciones hereditarias.

A cada una de las parejas se le ofrecerá seguimiento según los criterios de riesgo.
– Riesgo de alteraciones cromosómicas:
  • Edad materna mayor de 35 años.
  • Antecedentes de hijo con una afección de etiología cromosómica conocida o sospechada.
  • Uno de los miembros de la pareja es portador de un rearreglo cromosómico.

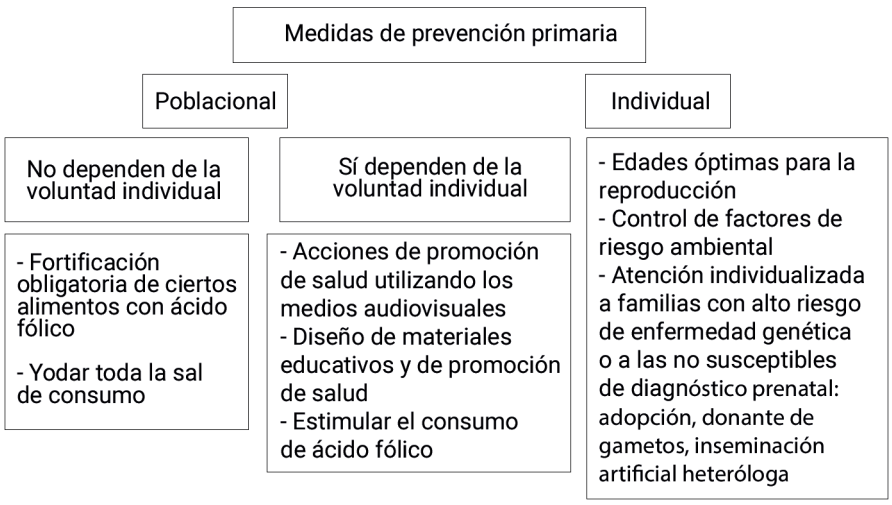


Fig. 54.3. Flujograma de atención al riesgo genético preconcepcional (Camberro Y., 2019).

- Pérdidas fetales del primer trimestre repetidas (abortos espontáneos, tres consecutivos o cinco alternos).
- Pareja infértil bajo tratamiento con inductores de la ovulación (Ej.: clomifeno).
- Subfertilidad masculina o desarrollo sexual anómalo.

– Riesgo de defectos congénitos:
- Edades maternas menores de 20 años y mayores de 35 años.
- Uno de los miembros de la pareja afectado por una malformación congénita.
- Antecedentes de hijo o familiar de primer grado con malformación congénita.
- Mujer con déficit conocido de folatos.
- Embarazos logrados con inductores de la ovulación (clomifeno u otros).
- Exposición laboral a agentes de carácter teratogénico.
- Enfermedades crónicas de la gestante, como diabetes (hiperglucemia mantenida), asma bronquial corticodependiente, distiroidismos, cardiopatías congénitas, epilepsia, colagenosis, hipertensión arterial. Gestación múltiple.

– Riesgo de afecciones hereditarias:
- Algún miembro de la pareja o familiar de primer grado con antecedentes de afecciones hereditarias conocidas.
- Edad paterna mayor de 45 años.
- Consanguinidad en la pareja o sus progenitores.
- Uno de los miembros de la pareja con diagnóstico, sospecha o familiar afectado por riñón poliquístico, fibrosis quística, displasias óseas, neurofibromatosis o cáncer familiar.
- Cuando el hombre sobrepasa la edad de 40 años el índice de fragmentación del ADN aumenta.

Ultrasonografía en el primer trimestre de la gestación: Entre los objetivos del examen ultrasonográfico en el primer trimestre se encuentran:
– Visualización y localización del saco gestacional.
– Corroborar la edad gestacional.
– Identificar la muerte embrionaria y el embarazo anembriónico.
– Identificar los embriones con alto riesgo de muerte.
– Determinar el número de embriones, corionicidad y amniocidad.
– Establecer el diagnóstico temprano de malformaciones fetales. Con mayor importancia en aquellas gestantes con antecedentes de anomalía estructural o de enfermedad genética acompañada de alguna anomalía estructural con un riesgo de recurrencia determinado.
– Buscar marcadores ultrasonograficos de cromosomopatías.

Criterios ecográficos para valorar la viabilidad fetal en el primer trimestre de gestación: Se consideran criterios ecosonográficos mayores:
– Ausencia de embrión con saco gestacional mayor de 25 mm o igual en su diámetro máximo.
– No visualización de la vesícula vitelina en un saco gestacional de al menos 20 mm de diámetro mayor.

Estos dos criterios presentan una sensibilidad de 29 y 41 %, respectivamente, y una especificidad del 100 %.

Se consideran criterios menores:
– Reacción decidual menor que 2 mm.
– Contorno del saco irregular.
– Ausencia de doble reacción decidual.
– Implantación baja del saco gestacional.

La ausencia de embrión puede diagnosticarse por ultrasonografía transvaginal, ya que las estructuras no aparecen a la quinta semana de gestación y el huevo crece de forma más rápida manteniendo el límite del corión.

La definición clásica de aborto retenido incluye un embrión de alrededor de 20 mm de longitud cefalocaudal sin actividad cardiaca. Aunque hoy, al observar más precozmente la actividad cardiaca por ultrasonografía transvaginal, la ausencia de actividad cardiaca a partir de la sexta semana permite ya el diagnóstico de aborto retenido.

Ecografía de translucencia nucal: Es una pesquisa que combina la edad materna con el grosor de la translucencia nucal fetal. Este estudio se ofrece a todas las gestantes y debe ser realizado entre las semanas 11 y la 13 de edad gestacional. Tiene como objetivo identificar alrededor del 75 % de los fetos afectados con alguna cromosomopatía; la detección de una anomalía fetal durante el estudio ecográfico debe estimular la búsqueda minuciosa de rasgos que permitan orientar el diagnóstico hacia una alteración de tipo cromosómico. Con la medida de la translucencia nucal entre la semana 11 y la 14, combinada con la edad materna, se identificarán entre el 70 y el 80 % de las trisomías 21, el 70 % de otras anomalías cromosómicas. La tasa de falsos positivos es del 5 al 8 %.

La translucencia nucal es una colección de aspecto líquido en el espacio subcutáneo sobre la columna cervical fetal que puede observarse en el primer trimestre del embarazo. Este aumento de líquido procede embriológicamente del flujo del sistema linfático, el cual desemboca en la vena yugular interna.

Los principales criterios para la medida correcta de la translucencia nucal son:
– Edad gestacional entre las 11,3 y las 13,6 semanas.
– Longitud cefalocaudal entre 45 y 84 mm.
– El embrión debe encontrarse en una flexión media. Cuando el cuello se encuentra hiperextendido la medida de la translucencia nucal puede incrementarse en 0,6 mm y si se encuentra muy flexionado la medida puede disminuir en 0,4 mm.
– Obtener una vista media sagital.
– Identificar y excluir membranas amnióticas.
– Medir la translucencia en su anchura máxima.
– Realizar al menos tres mediciones escogiendo el valor máximo obtenido.

Entre las anomalías estructurales y los síndromes genéticos asociados con la translucencia nucal patológica y el cariotipo normal, están:
– Malformaciones cardiovasculares, especialmente defectos de los septales.
– Malformaciones renales.
– Defectos del cierre de la pared anterior del abdomen.
– Hernia diafragmática.
– Artrogriposis.
– Síndrome de Noonan.
– Síndrome de Smith-Lemli-Opitz.
– Síndrome Stickler.
– Síndrome de Jarco-Lavine.
– Síndrome de disrupción del amnios.
– Displasias esqueléticas.

Requisitos de la translucencia nucal como programa:
– Asesoramiento previo al examen ultrasonográfico.
– Sonografista con buen entrenamiento.
– Asesoramiento posterior al examen con interpretación del riesgo.
– Accesibilidad a otras posibilidades diagnósticas (marcadores bioquímicos del primer y segundo trimestre) y pruebas invasoras (amniocentesis, biopsias de vellosidades coriales).
– Seguimiento apropiado de la gestante.

El médico de atención primaria que atiende a la gestante realizará la indicación de alfafetoproteína en la consulta (fig. 54.4), para ello empleará el modelo oficial confeccionado al efecto o un modelo que contenga todos los datos señalados en el documento oficial. El estudio se realiza entre las 15 y las 19 semanas, preferiblemente a las 16 semanas (Camberro Y., 2019) (fig. 54.5). El estudio en gestantes con riesgo genético incrementado para alteraciones cromosómicas permite detectar de 30 a 40 casos por año.

Captación

La premisa fundamental de la atención prenatal es la captación precoz de la gestación, antes de la semana 12 de edad gestacional.

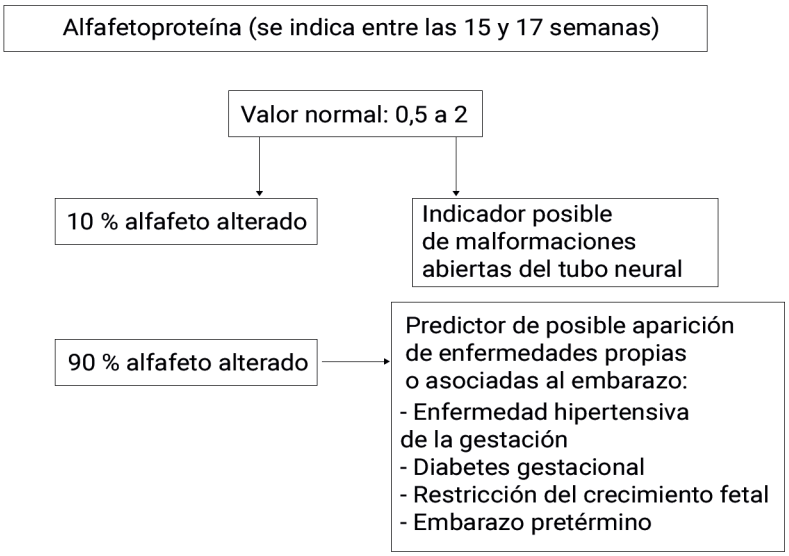


Fig. 54.4. Programa de pesquisa de defectos de cierre del tubo neural y otros defectos por cuantificación de alfafetoproteína en suero materno.

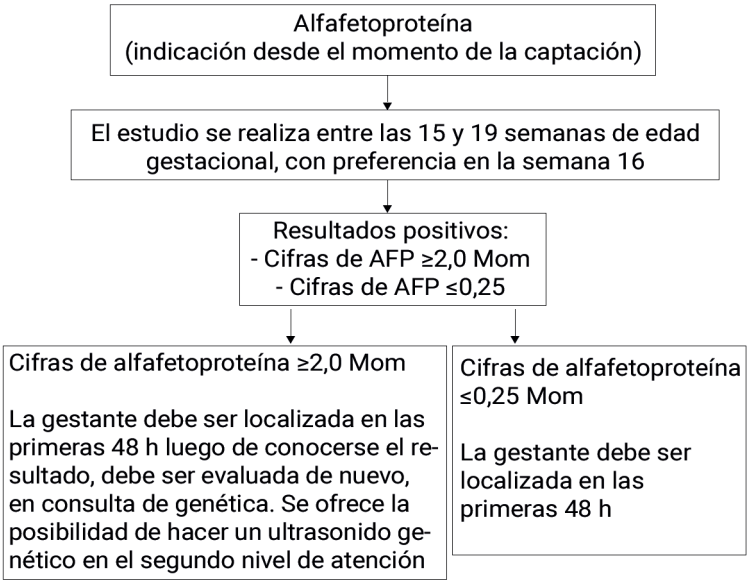


Fig. 54.5. Programa de diagnóstico de anomalías cromosómicas por estudios citogenéticos.

La captación según el tiempo de gestación se clasifica en:

– Precoz. Hasta las 11,6 semanas de edad gestacional.
– Intermedia. Hasta las 21,6 semanas.
– Tardía. A partir de las 22 semanas.

El tiempo de gestación permite además clasificar la pérdida del embarazo, si ocurre, según la semana de gestación, como aborto. Es la interrupción de la gestación en las primeras 22 semanas o la expulsión del producto de la concepción que pesa menos de 500 g. Según la OMS, muerte fetal precoz es cuando esta se produce antes de las 22 semanas. Muerte fetal intermedia, la que tiene lugar entre las 22, y las 27 semanas inclusive, y muerte fetal tardía la que ocurre a partir de las 28 semanas.

En la actualidad se sugiere relacionar el peso al nacimiento con la edad gestacional. Por tanto, la locución *pretérmino* debe aplicarse a recién nacidos cuyo peso esté comprendido entre los 1000 y los 2500 g con edad gestacional inferior a las 37 semanas y la de *bajo peso a término* a todo recién nacido con edad gestacional de 37 semanas o más y peso inferior a 2500 g.

El embarazo normal tiene una duración entre 270 y 280 días (alrededor de 40 semanas). Se plantea que si el parto ocurre entre las 21 y las 36 semanas es un parto pretérmino y si este se produce después de las 42 semanas es un parto postérmino, posmaduro o prolongado.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos preconiza la siguiente clasificación relacionada con la edad gestacional:

– Edad gestacional <37 semanas: embarazo pretérmino.
– Edad gestacional entre las 37 y las 38,6 semanas: embarazo a término precoz.
– Edad gestacional entre las 39 y las 40,6 semanas: embarazo a término completo.
– Edad gestacional entre 41 y 41,6 semanas: embarazo a término tardío.
– Edad gestacional ≥42 semanas: embarazo postérmino.

Esta clasificación tiene sus ventajas, fundamentalmente en cuanto al seguimiento del bienestar fetal.

Historia clínica obstétrica

La historia clínica de la gestante deberá confeccionarse a través de un interrogatorio exhaustivo y los exámenes y análisis de los resultados correspondientes.

Interrogatorio. Aquí se sebe precisar si la mujer es eumenorreica o no, la fecha de su última menstruación y los síntomas subjetivos de la gestación. También se debe conocer si se trata de una gestación planificada por la pareja o es una gestación fortuita.

Anamnesis general:

– Antecedentes patológicos personales.

– Antecedentes patológicos familiares, además de precisar si la madre o hermanas tuvieron toxemia en sus gestaciones o existen antecedentes de gemelaridad.
– Medicamentos que ingirió o ingiere hasta estos momentos, dosis, ingestión de psicofármacos y determinar la conducta que se debe seguir.

Historia obstétrica anterior:
– Tipos de partos y peso de cada uno de los hijos, así como tipos de abortos. Datos de la fecha cronológica en que estos fueron realizados.
– Enfermedades o complicaciones en gestaciones anteriores.

Examen físico integral. El examen físico integral comprende tanto su aspecto general como el examen del abdomen y de los aparatos cardiovascular, respiratorio y renal. En este paso es muy importante la valoración ponderal que se puede realizar por el método de índice de masa corporal (IMC) de acuerdo con la fórmula de peso en kilogramos. En la actualidad se prefiere usar las tablas antropométricas de la embarazada cubana. Se mide a partir del peso de la semana 13 de amenorrea, de acuerdo con él se puede conocer en qué percentil comenzó la gestación y cómo se debe mantener la ganancia de peso adecuada, para que no sea un signo de posible complicación de la gestación y para el bienestar materno y fetal.

Los resultados pueden ser los siguientes:
– Bajo peso (<18,7 kg/m^2): requiere entre 35 y 45 cal/kg de peso.
– Normopeso (18,7 a 23,6 kg/m^2): requiere entre 30 y 35 cal/kg de peso.
– Sobrepeso (23,6 a 26,5 kg/m^2): requiere entre 25 y 30 cal/kg de peso.
– Obesa (>26,5 kg/m^2): requiere entre 20 y 25 cal/kg de peso.

Recomendaciones:
– Las mujeres con estaturas menores de 140 cm se evaluarán por la tabla correspondiente a este primer rango.
– Las gestantes normales, sobrepeso y obesas deben continuar su embarazo por la columna o canal por donde comenzaron.
– Las gestantes desnutridas deben aspirar a mejorar su estado nutricional, por lo que cambiarán hacia los canales (columnas) de peso adecuado.
– Cuando se presenten cambios bruscos de peso, dentro del canal correspondiente o hacia al canal aledaño, se podrán utilizar además las tablas de ganancia de peso semanal y por intervalos.

Relacionadas con el peso el médico general tiene que cumplir con las siguientes funciones:
– Vigilar y actuar ante ganancias bruscas de peso.
– Insistir en la evaluación de los nutricionistas y cerciorarse de que la paciente entienda cómo consumir las kilocalorías calculadas según la evaluación nutricional.
– Trazar estrategias de conjunto con el nutricionista según las desviaciones de la debida ganancia de peso de la gestante.

Los requerimientos de proteínas en la embarazada son de 1,5 g/kg/día y deben ser del 15 al 20 % de las calorías de la dieta:
– Grasas: 1,1 g/kg/día y de 20 a 25 % de las calorías de la dieta.
– Carbohidratos: 350 g/día y del 55 al 60 % de las calorías de la dieta. Todo para una dieta de 2800 Kcal.
– Vitaminas y minerales:
  • Vitamina A: 800 µg diarios.
  • Vitamina C: 90 a 100 mg/día.
  • Vitamina D: 5 mg/día.
  • Vitamina B12: 1,7 mg/día.
  • Niacina: 18 mg/día.
  • Ácido fólico: 600 µg/día.
  • Calcio: 1,5 g/día.
  • Hierro: 30 a 60 mg/día.

Diagnóstico de embarazo y cálculo de la edad gestacional

En la actualidad la práctica exige que el diagnóstico precoz se deba considerar hasta la novena semana de gestación y el tardío a partir de ese momento. La captación antes de la primera invasión del trofoblasto permite conocer las verdaderas cifras de tensión arterial inicial de la gestante.

Cálculo: El tiempo de gestación se debe contar en semanas a partir del primer día de la última menstruación conocida. La gestación dura como promedio 40 semanas o 280 días a partir de ese momento. Se deben utilizar los calendarios obstétricos para calcular la edad gestacional con que se capta a la gestante y su fecha probable del parto. En su defecto se puede hacer un cálculo matemático a partir del primer día de la fecha de la última menstruación conocida y comenzar a sumar los días transcurridos, según meses del año y hasta el día en que se calcula y luego dividir por 7.

Fecha probable de parto: Según indica Naegele, hay que sumar 7 al primer día de la fecha de la última mens-

truación y añadir 9 meses. Es importante conocer la fecha de la última menstruación. El diagnóstico resulta confiable si la gestante no ha recibido tratamiento con hormonas en los últimos 3 meses y no ha presentado sangrado en los tres primeros meses del embarazo.

Otros aspectos a precisar:

– Legrados uterinos o aspiraciones recientes.
– Lactancia materna, climaterio.
– Trastornos psíquicos y grado de ansiedad de la mujer por un embarazo.
– Ciclos regulares.

El diagnóstico clínico de la gestación no siempre resulta fácil; si es posible, debe usarse la ultrasonografía, sin que constituya un examen de rutina y siempre después de intentar el diagnóstico clínico.

Los signos de sospecha de embarazo son:

– Amenorrea. Signo importante cuando la mujer refiere ser eumenorreica.
– Desequilibrio neurovegetativo. Náuseas, vómitos, vértigos, somnolencia y alteraciones digestivas y olfatorias.
– Alteraciones de la micción y polaquiuria.
– Trastorno del metabolismo pigmentario: cloasma e hiperpigmentación de la areola y línea alba del abdomen.

Los signos de probabilidad de embarazo son detectados por el examen físico y algunas investigaciones complementarias.

Examen físico:

– Espéculo. Se buscan las características del cuello edematoso con un contorno circular y várices alrededor del orificio cervical externo.
– Tacto bimanual.

Examen ginecológico:

– Mamas. Se valorará tamaño, turgencia, presencia de los tubérculos de Montgomery, existencia de calostro, así como tamaño y forma de los pezones. Si son planos, se realizará charla educativa y ejercicios para la futura lactancia materna.
– Genitales. Se deben descartar enfermedades infecciosas, despigmentaciones, tumoraciones y situación de la uretra. Se realizará examen con espéculo para visualizar la vagina y el cuello uterino, para detectar infecciones, características del cuello -situación, tamaño, permeabilidad o no del orificio cervical externo-. Se puede realizar la citología orgánica si la gestante no la tuviera realizada y también la prueba de Schiller, si fuera necesario.
– Tacto bimanual. Se deben precisar las características del cuello y del útero. Se determinará el tamaño, la forma y la consistencia, así como todos aquellos signos probables de gestación (Rigol, 2004):
  • Signo de Hegar I: Los dedos de ambas manos se tocan a través de la zona ístmica (reblandecida).
  • Signo de Gauss: Independencia entre el cuello y el cuerpo uterino.
  • Signo de O'Schander: Latido de la arteria cervicovaginal tactable en la zona del fondo lateral del istmo.
  • Signo de Noble-Budin: Abombamiento del útero a través de los fondos de los sacos laterales de la vagina.
  • Signo de Piscacek: Prominencia tactable hacia uno de los cuernos uterinos por la implantación ovular hacia esa zona.

La realización del tacto bimanual en el primer control prenatal resulta de extrema importancia debido a la percepción del reblandecimiento del cuello, su posición en la vagina y el acortamiento que puede tener, además de la posición del cuello uterino (anteversión, indiferente o retroversión), aumento de tamaño, consistencia, forma y características de su superficie, lo que permite descartar otras tumoraciones y valorar las características de los anejos, lo que posibilita descartar el embarazo ectópico además de precisar, lo más exacto posible, el tiempo de embarazo. El momento en que, con la vejiga vacía, se toca el fondo uterino a nivel del pubis debe corresponder con una gestación de 10 semanas cronológicas. A partir de las 20 semanas la gestante debe tener 20 cm de altura uterina y deberá aumentar 1 cm por semana hasta las 34 semanas.

Investigaciones de alta probabilidad:

– Pruebas biológicas: Reacción de los ovarios de hembras de distintos animales prepúberes ante la gonadotropina presente en la orina de la mujer grávida.
– Pruebas inmunitarias: Se utilizan hematíes de carneros para obtener los anticuerpos gonadotrópicos que reaccionan aglutinando los hematíes en contacto con la orina de la gestante.

En la actualidad estas pruebas son más rápidas y seguras. Se utiliza el látex, y su diagnóstico se realiza con solo 4 o 5 días de atraso menstrual.

Los signos de certeza son:

– Ecografía. Ha permitido el diagnóstico de certeza a las 5 semanas de gestación (15 mm de diámetro) y detección de actividad cardiaca desde las 8 semanas.
– Movimientos activos del feto percibidos por el explorador.
– Auscultación del foco fetal. Latidos no sincrónicos con el pulso materno. Su inicio aproximado es a las 18 semanas.

Indicaciones

En esta primera consulta debe realizarse una buena charla educativa e individualizada acerca de la importancia de la dieta para la gestante, de acuerdo con su valoración nutricional. Se remitirá a la gestante a la atención estomatológica y a la valoración por el psicólogo de su área de salud. Se indicará la vacunación con toxoide tetánico alrededor de las 26 semanas.

En esta primera consulta se indicarán los exámenes complementarios siguientes:

- Hemograma completo. Se repetirá la hemoglobina y el hematocrito en cada trimestre. La hemoglobina normal es hasta 11g/L.
- Grupo sanguíneo y factor Rh:
  - Prueba de Coombs, si Rh negativo y sin evento sensibilizante previo a la captación. A las 20 semanas, 28, 36 y 40 semanas.
  - Prueba de Coombs, si Rh negativo con evento sensibilizante previo a la captación. En las 20 y 24 semanas, a las 28, 32 y 36 semanas y a las 40 semanas.
- Electroforesis de hemoglobina.
- Antígeno de superficie para hepatitis B y C.
- Glucemia (son criterios de la Organización Mundial de la Salud para diagnosticar glucemia en la en la población general):
  - Glucemia al azar ≥11,1 mmol/L (200 mg/dL) con síntomas clásicos de diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso).
  - Glucemia en ayunas ≥7,0 mmol/L (126 mg/dL) en dos o más ocasiones.
  - Glucemia ≥11,1 mmol/L a las 2 h de una prueba de tolerancia a la glucosa (anhidra, 75 g) y prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO). Si no hay factores de riesgo la glucemia se indica en ayunas, en la captación y entre las 24 y las 26 semanas. Con factores de riesgo se indica en ayunas en la captación y PTGO 2 h 75 g entre las 24 y las 26 semanas. Y PTGO 2 h 75 g entre las 30 y las 32 semanas, si el de las 26 semanas fue normal.
- Serología (VDRL) y VIH (a la gestante y a su pareja). Se indicará cada trimestre. Si el VIH da positivo, carga viral y CD4 cada trimestre.
- Cituria. Se realizará para cada consulta:
  - La cituria normal es <20 000 L/campo.
  - Urocultivo. Normal <100 000 colonias de gérmenes/mL de orina fresca. Único complementario que define el diagnóstico.
- Exudado vaginal. Según indicación de manejo del síndrome del flujo vaginal.
- Heces fecales.
- Fondo de ojo si fuera hipertensa conocida.

En esta primera consulta también se indicarán otros exámenes y análisis complementarios:

- Alfafetoproteína. Se indicará entre las 15 y las 17 semanas de gestación.
- Estudios ultrasonográficos del programa a las 11 o las 13 semanas para conocer el índice de translucencia nucal; a las 22 a 26 semanas para precisar la edad gestacional, detectar malformaciones congénitas y para la predicción de las amenazas de parto inmaduro y prematuro. Los puntos de corte longitud cervical (LC) son de 25 mm hasta las 32 semanas y de 15 mm a partir de las 32 semanas. Una longitud cervical mayor que 30 mm tiene alto valor predictivo negativo; una longitud cervical menor que 15 mm indica que hay una alta probabilidad de parto pretérmino en los próximos 7 días (50 %).

Actividad de promoción de salud

En esta primera consulta, además de informar a la gestante sobre la importancia de la dieta según la valoración nutricional, de remitirla a otros especialistas (estomatólogo, psicólogo) de su área de salud, deberá insistirse también en ellos con educación a toda la familia de la paciente, incluido el tema de la lactancia materna. Se realizarán visitas al hogar para realizar una evaluación integral, visitas de terreno, con una frecuencia mensual como mínimo.

En la primera visita realizada por el equipo básico de trabajo se valoran:

- Confección de la historia psicosocial y ambiental.
- Estructura y organización de la familia.
- Funcionamiento familiar y de la pareja.
- Crisis por las que transitan.
- Si hay algún tipo de violencia.
- Dispensarización de la familia.
- Se analiza el desarrollo estratégico de las intervenciones que ayuden a lograr cambios en el modo y estilo de vida que favorezcan la salud reproductiva de la gestante y el nacimiento de un recién nacido vivo y sano.
- Precisar el rol de la maternidad y la paternidad consciente y responsable.

Consulta de evaluación

La consulta de evaluación debe realizarse de conjunto por el médico y la enfermera de familia y el profesor o especialista de ginecobstetricia del área de salud.

Aspectos a evaluar por el especialista:

– Antecedentes patológicos en familiares de primera línea y en el esposo, así como de enfermedades crónicas no transmisibles.
– Antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas no transmisibles.
– Determinantes de salud: factores protectores y de riesgo relacionados con el embarazo.
– Riesgo genético prenatal.
– Antecedentes obstétricos: número de embarazos, incluido el actual, abortos espontáneos y provocados, partos (tipo eutócicos o distócicos), peso de los recién nacidos, causas posibles de muertes fetales.

El especialista determinará el tiempo de gestación sobre la base de la anamnesis, el examen físico y el resultado de la ecografía, y evalúa los complementarios indicados en la captación para clasificar riesgo, determinar pronóstico y establecer las correspondientes estrategias.

Objetivos:

– Confirmar o precisar la edad gestacional real.
– Detectar riesgos obstétricos.
– Valorar los resultados de los exámenes complementarios. Insistir en el tratamiento profiláctico de la anemia, así como remitir a la paciente, si fuera necesario, a alguna interconsulta con medicina interna por alteraciones de estos complementarios.
– Si los resultados de la glucemia en ayunas se encuentran en 4,4 mmol/L, deberá indicarse una prueba de tolerancia a la glucosa oral.
– Garantizar a la paciente la educación sanitaria.
– Indicar la psicoprofilaxis y tratar de incorporar al esposo de la gestante a las actividades de este tipo.
– Indicar:
  • Alfafetoproteína para semanas de la 15 a la 19.
  • Evaluar translucencia nucal en la ecografía fetal entre las semanas 11 y 13.
  • Cituria para la próxima consulta.

Se realizarán orientaciones higiénicas dietéticas.

Tabletas prenatales. Se indicará una tableta al día antes de las 14 semanas y 2 tabletas al día después de las 14 semanas. Estas tabletas contienen:

– Fumarato ferroso: 100 mg (35 mg de hierro elemental).
– Ácido fólico: 250 µg.
– Vitamina A: 2000 U.
– Vitamina C: 150 mg.

Seguimiento en reconsultas

No es posible abarcar en un libro de texto básico toda la gama de situaciones y problemas individuales que pueden ir apareciendo durante la evolución de una gestación, pero en cada consulta es preciso tener presente algunos aspectos.

Tareas a cumplir durante las reconsultas:

– Escuchar todas las inquietudes de la gestante, así como las del esposo, la madre y la suegra.
– Educarla en todos los aspectos higiénico-dietéticos de la gestación, el parto y el puerperio.
– Iniciar la educación sobre lactancia materna.
– Dosificar en cada consulta los aspectos del embarazo que se van a explicar de acuerdo con el estado gestacional.
– Valorar la presencia o no de infecciones vulvovaginales o no, lo que debe ser motivo de interrogatorio en cada consulta, porque en ocasiones las mujeres no lo declaran.
– Valorar las tres curvas de la atención prenatal: de peso, de altura uterina y de tensión arterial.

Curva de peso

La educación de las gestantes debe comenzar desde su captación y uno de los objetivos es lograr que todas aumenten de peso, pero de acuerdo con el índice de masa corporal. El aumento de peso no debe ser en forma brusca después de las 20 semanas de gestación. Se considera que todas deben aumentar como mínimo 8 kg de peso durante la gestación, incluso las que tenían sobrepeso en el momento de la captación. Se aceptan como cifras totales entre 12 y 15 kg. El aumento de peso casi siempre comienza después del primer trimestre, ya que en el primer periodo son frecuentes la anorexia, las náuseas y en algunas ocasiones los vómitos.

El aumento de peso fluctuará entre 1 y 2 kg cada mes, aproximadamente 0,5 kg/semana. Si el aumento es poco, se corre el riesgo de obtener un recién nacido con bajo peso al nacer. Por el contrario, si es exagerado, puede correrse el riesgo de macrosomía fetal o enfermedad hipertensiva del embarazo.

Actualmente, se deben consultar las curvas de peso resultado de las investigaciones del Instituto de Nutrición de Cuba para las gestantes sin riesgo. Estas se confeccionaron de acuerdo con la talla y el peso a partir de las 13 semanas de gestación de las mujeres cubanas.

Curva de altura uterina

Aunque en esta medición pueden existir errores propios de la técnica, también estarán presentes otros factores como la obesidad y el bajo peso materno. Por ello, ante cualquier alteración en el incremento o decrecimiento de la altura uterina, es correcto que el médico realice una revisión de las posibilidades diagnósticas y precise con otros médicos o con los medios diagnósticos a su alcance, la posible evolución no satisfactoria de esa gestación.

El incremento normal de la altura uterina es de 1 cm/semana a partir de las 14 semanas de gestación. Una alteración de la altura uterina dará un signo de más o de menos.

Signo de más. Una alteración de más de 2 cm por encima de la altura uterina normal para esa edad gestacional. En este caso existen las posibilidades diagnósticas siguientes:

– Error de cuenta.
– Obesidad.
– Macrosomía fetal.
– Gestación múltiple.
– Polihidramnios.
– Tumores y embarazo.
– Mola hidatiforme.
– Malformaciones fetales.

Para el diagnóstico y la atención general de cada signo de más, se tendrán en cuenta los posibles diagnósticos.

Error de cuenta: El error puede sospecharse ante mujeres no eumenorreicas o que no pueden precisar con seguridad la fecha de su última menstruación, además de los resultados del primer tacto bimanual en la consulta de captación, donde no existió concordancia entre su amenorrea y el tamaño alcanzado por el útero. Esto se corroborará con la ultrasonografía. Estas pacientes continuarán su atención prenatal en su área de salud hasta las 40 a 41 semanas.

Obesidad: Desde la captación se encontró un índice de masa corporal mayor de 26,5 kg/m^2.

Macrosomía fetal: Puede plantearse esta posibilidad ante parejas de talla alta, además de los antecedentes patológicos personales y familiares de diabetes *mellitus*. También en aquellas mujeres con partos anteriores con pesos superiores a los 4000 g. En el examen físico se detecta aumento de onda líquida y solo se ausculta un foco fetal con mucha antelación a lo normal para otras gestaciones. Se corroborará la edad gestacional por ultrasonografía evolutiva y se debe realizar una prueba de tolerancia a la glucosa oral a la madre.

Gestación múltiple: Se sospecha por el aumento exagerado de peso materno, la palpación de muchas partes fetales y los movimientos fetales exagerados. No hay aumento de la onda líquida y se ausculta más de un foco fetal con diferencia en el número de latidos por minuto, así como signos de toxemia. Una vez corroborado el diagnóstico por ultrasonografía debe informarse a la gestante y los familiares para lograr la cooperación de todos en la prevención de la prematuridad; y darles a conocer que en Cuba la metodología de tratamiento en estas gestaciones es de ingreso precoz entre las 28 y las 30 semanas de edad gestacional.

Polihidramnios: En esta entidad el útero puede estar "tenso", con irritación y se determina la presencia de onda líquida aumentada. Se detectan con dificultad las partes fetales y la auscultación del foco fetal se escucha como apagado. La gestante puede referir dolor abdominal y sensación de hipotensión grave en la posición decúbito supino.

El índice de líquido amniótico es lo que corrobora el diagnóstico, y deben descartarse las malformaciones fetales. Es necesario reposo relativo, el que puede cumplirse con un ingreso domiciliario. Si ocurre un episodio de polihidramnios agudo, puede ser necesario el empleo de punciones evacuadoras y valorar la conducta que se seguirá por el colectivo del hospital.

Tumores y embarazo: Casi siempre existe el diagnóstico previo de mioma o se sospecha desde el primer tacto bimanual. Se verificará por ultrasonografía y la paciente deberá ser atendida de conjunto con los ginecobstetras del área para definir conductas de tratamiento. Las gestantes con diagnóstico de quistes de ovarios deben remitirse al hospital para interconsultas y valorar la conducta terapéutica de acuerdo con el tipo de tumor, edad, paridad, tiempo de edad gestacional, etc. Todas estas gestantes necesitarán un reposo relativo como profilaxis del parto prematuro.

Mola hidatiforme: Es uno de los signos de más que se presentan con menos frecuencia, pero debe pensarse en esta condición cuando existan signos subjetivos de embarazo de forma exagerada, cuando el útero aumenta como a saltos, con una consistencia pastosa, predomina el eje transverso del útero sobre el anteroposterior. En muchas ocasiones, antes de que ocurra el aborto molar, las mujeres refieren sangramiento en forma de manchas como un agua rosada, no refieren movimientos fetales cuando alcanzan el segundo trimestre de la gestación y el médico en el tacto no detecta partes fetales. Con la ultrasonografía se observa

la imagen de "nieve barrida" y la inexistencia de partes fetales. Estas pacientes deben ser ingresadas de inmediato para conducta evacuadora y debe existir una relación muy coordinada entre los profesionales de la salud del hospital y los de la comunidad para su seguimiento posterior, durante 2 años como mínimo, y asegurar el uso de algún método anticonceptivo.

Malformaciones fetales: Su diagnóstico es en la actualidad bastante temprano en Cuba, debido a los estudios ultrasonográficos entre las 12 y las 13 semanas de gestación y las determinaciones de alfafetoproteína entre las 15 y las 19 semanas de gestación, además de la realización programada de la ultrasonografía a las 22 semanas de gestación.

La decisión de la interrupción o no de la gestación ante una malformación fetal incompatible con la vida es una decisión de la pareja; el colectivo médico en discusión colegiada debe valorar el método o la vía más adecuada para la evacuación uterina, si esta es la decisión de la pareja.

Todos los diagnósticos presuntivos, ante un signo de más o de menos, deben ser confirmados en las interconsultas del médico de familia y los ginecobstetras del área de salud. Las conductas deben ser valoradas de forma cada vez más dinámica de conjunto hospital-comunidad. El objetivo es decidir lo que sea más favorable para la paciente y lograr un mejor costo-beneficio, como forma de colaborar con el desarrollo socioeconómico del país y cumplir con el nuevo concepto de la Organización Mundial de la Salud sobre municipios saludables.

Signo de menos. Una alteración de 2 cm por debajo de la altura uterina normal para la edad gestacional. Las posibilidades diagnósticas pueden ser:

– Error de cuenta.
– Desnutrición materna.
– Aborto retenido.
– Muerte fetal.
– Crecimiento intrauterino retardado (CIUR).
– Mola embrionada.
– Malformaciones fetales.

Para diagnósticar un signo de menos es necesario emplear el diagnóstico ultrasonográfico y corroborar la presencia de latido cardiaco, el índice de líquido amniótico y el perfil de crecimiento.

Con la realización de la ultrasonografía del programa a las 12 semanas, se corrobora el posible error de cuenta. En el resto de los diagnósticos se realiza el ingreso precoz para mejorar el estado nutricional de la paciente o determinar la conducta de interrupción de la gestación, si fuera necesario, en el momento más adecuado para el binomio madre-hijo.

En casi todas estas entidades el útero se presenta irritable, el feto está apelotonado y existe un incremento insuficiente del peso materno o su decrecimiento.

Por estudio radiológico se podrán detectar los signos de muerte fetal (halo pericraneal, encorvamiento de la columna vertebral, "feto nadador") pero en la actualidad, la ultrasonografía ha desplazado este medio diagnóstico.

Curva de tensión arterial

Se denominan trastornos hipertensivos de la gestación a una variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial y que puede referirse a la sistólica, diastólica o a ambas.

Según la Organización Mundial de la Salud existe hipertensión arterial cuando se comprueba una tensión arterial de 140/90 latidos/min o más, por dos veces consecutivas, con un intervalo de 6 h (véase el capítulo 104, "Afecciones cardiacas").

En obstetricia también se considera que existe hipertensión arterial cuando existe un aumento de 30 mm Hg o más de la tensión arterial sistólica y de 15 mm Hg o más de la presión diastólica. Asimismo, hay hipertensión cuando la presión arterial media es de 105 mm Hg o más.

¿Cómo medir la tensión arterial? Se realiza con un esfigmomanómetro de mercurio. La paciente debe estar sentada, con el brazo derecho, en el que debe tomarse la presión, apoyado en la mesa. La persona que realiza la técnica también debe estar sentada.

A partir del tercer trimestre (28 semanas) la tensión arterial se tomará a la paciente en decúbito lateral supino, después de 5 min de estar en esta posición. Se insiste en que no debe haber fumado.

Clasificación de la hipertensión arterial:

– Trastornos hipertensivos dependientes de la gestación (a partir de las 20 semanas):
  • Preeclampsia (leve y grave).
  • Eclampsia.
– Enfermedad hipertensiva crónica (existía antes de la gestación o se conoció antes de las 20 semanas).
– Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida.
– Hipertensión transitoria o tardía.

La profilaxis de la enfermedad hipertensiva de la gestación debe estar dirigida a:

– Detectar en la labor de terreno a las pacientes de riesgo: edad menor de 20 años o mayor de 35 años, nulí-

para, antecedente patológico familiar de hipertensión, bajo peso u obesas y patrones culturales bajos.
– Educación nutricional desde la consulta de captación.
– Detectar a tiempo los signos iniciales y las formas leves de la enfermedad.
– Ingreso de la paciente para precisar diagnóstico, estado de la enfermedad y para su atención en equipo.

El objetivo del ingreso hospitalario es completar el estudio de la hipertensión y la educación sanitaria. Luego se continuará la atención médica en el hospital de su área de salud, por consulta o ingresada, de acuerdo con el diagnóstico, la edad gestacional, etc. Es muy importante el apoyo psicológico de todos los profesionales de la salud a esta paciente y sus familiares, sobre todo cuando es un cuadro grave. Deberá tratarse con mucha ética toda la información que se brinde sobre la evolución y las complicaciones de este tipo de gestantes.

Aspectos imprescindibles en cada control prenatal para gestantes normales

A las 18 semanas de embarazo debe realizarse una valoración integral de la gestante, donde se debe comunicar el resultado del alfafetoproteína y precisar con las primigestas cuándo sintió los primeros movimientos fetales.

Tercera consulta (18 semanas). Las multíparas perciben primero los movimientos fetales. Se deberán realizar e indicar:
– Interrogatorio básico.
– Examen físico:
  • General, haciendo énfasis en el peso.
  • Cardiovascular, haciendo énfasis en la toma de la tensión arterial.
  • Altura uterina.
  • Movimientos fetales referidos (20 semanas).
– Indicar:
  • Hemoglobina y hematocrito.
  • Serología y VIH (a la pareja también).
  • Urocultivo.
  • Exudado vaginal.
  • Prueba de Coombs.
  • Ultrasonido del programa (entre las 20 y las 22 semanas, de genética, buscando malformaciones estructurales) y cervicometría.
  • Tabletas prenatales.
  • Charlas educativas sobre la importancia de la lactancia materna y sobre la maternidad y paternidad responsable.

Cuarta consulta (22 semanas). Deberá realizarse el interrogatorio básico y un examen físico. Interrogar sobre movimientos fetales y explicar el patrón contráctil normal para las próximas semanas de gestación.

Además, valorar:
– Curva de peso. Referir si se encuentra dentro del canal de percentil que se le calculó en la captación. Hacer énfasis en los incrementos a saltos. Propuestas de tratamiento si hay alteraciones en la evolución ponderal de la gestante.
– Curva de altura uterina. A todas las pacientes se les debe medir la altura uterina en las consultas (en dependencia de la edad gestacional), comparándola con la obtenida en la consulta anterior y globalmente. Hacer énfasis en los incrementos a saltos o en el no aumento de la altura; deberán establecerse hipótesis o conductas al respecto, palpación de partes fetales (peloteo fetal).
– Curva de tensión arterial. A todas las pacientes se les debe tomar en cada consulta la tensión arterial y realizar los análisis globales durante el embarazo, calculando la tensión arterial media y estableciendo si el comportamiento está normal o no.
– Resultado de los complementarios indicados en la consulta anterior. En la consulta de reevaluación:
  • Hemoglobina, hematocrito.
  • Serología y VIH (y a la pareja).
  • Glucemia.
  • Urocultivo.
  • Exudado vaginal.
  • Vacunación (26 semanas) con toxoide tetánico.
  • Prenatales.

En relación con la vacunación, se considera que la gestante tiene la vacunación con toxoide tetánico actualizada cuando tiene una primera dosis, una segunda dosis al mes de la primera y una reactivación al año de la segunda dosis, que es la que dura por 10 años. En este caso se administra una reactivación a las 26 semanas de edad gestacional. De lo contrario, se administra una primera dosis a las 22 semanas y una segunda dosis a las 26 semanas. Se le da una cita para poner la reactivación al año de esa segunda dosis.

Quinta consulta. Consulta que se realiza por el médico general y el especialista en ginecobstetricia a las 26 semanas de gestación.

En esta se reevalúan:
– Las curvas de peso, tensión arterial y altura uterina.
– Se descarta el impacto temprano del polo cefálico.
– Se ausculta la frecuencia cardiaca fetal y se comprueban movimientos fetales.

– Se realiza examen con espéculo o tacto vaginal, si fuera necesario, por antecedentes o síntomas referidos. Valorar ultrasonografía transvaginal e ingreso en un hogar materno si se requiere.
– Se buscan edemas en miembros inferiores.
– Se analizan los resultados de los complementarios.
– Se explica el patrón contráctil y los signos de alarma. El patrón contráctil normal de la actividad uterina son las contracciones uterinas indoloras que preparan fisiológicamente al útero para el trabajo de parto (tabla 54.1) (Camberro, Y., 2019).

Conducta:
– Hemoglobina, hematocrito, serología, VIH, cituria y glucemia o, prueba de tolerancia a la glucosa a las pacientes con riesgo de diabetes gestacional.
– Ultrasonografía (biometría fetal y localización placentaria).
– Prenatales. Continuar tratamiento preventivo.
– Charlas educativas sobre maternidad y paternidad consciente.
– Iniciar la psicoprofilaxis en correspondencia con lo establecido en el Programa de Maternidad y Paternidad Consciente.

Las actividades encaminadas a desarrollar el Programa de Maternidad y Paternidad Consciente tienen como objetivo que la mujer esté consciente de los procesos que está viviendo, participe de forma activa y reciba apoyo de su pareja y familiares.

La esencia de la preparación psicoprofiláctica es el disfrute del embarazo y el parto, optimizar la conducta a seguir de la mujer y su pareja o acompañante durante el proceso. No sólo la forma física, importante en la preparación para el parto, sino también el logro de una actitud que les permita vivir a plenitud la felicidad del trascendental momento del nacimiento de su hijo.

La aplicación de actividades dirigidas a desarrollar una maternidad y paternidad responsable permiten a la mujer y su pareja elegir la opción de ser madre y padre, estar conscientes del proceso que están viviendo y participar preparados, protagónica y responsablemente en los diferentes momentos de la maternidad-paternidad, crianza y educación de sus hijos.

Para lograr un embarazo con las mejores condiciones de bienestar es necesario brindar una atención integral desde el inicio del ciclo vital de la familia y, sobre todo, desde la etapa de formación hasta el periodo preconcepcional, lo cual hace posible el desarrollo de una maternidad con el mínimo de riesgo.

El método psicoprofiláctico consiste en un conjunto de ejercicios físicos, de relajación, técnicas de respiración y contenidos educativos que servirán de apoyo y orientación para que la mujer gestante, el padre del bebé y sus familiares participen activa y positivamente en el proceso del embarazo, parto y posparto.

Licencia prenatal: Son licencias otorgadas por el decreto ley 234 (licencias retribuidas) a partir de las 34 semanas de gestación si se trata de un embarazo normal o 32 semanas si fuese múltiple. Tiene una duración de 6 semanas, salvo casos de adelanto o atraso del parto y su disfrute constituye una obligación, tanto para la trabajadora que debe recesar en su actividad laboral, como para la administración que está en la obligación de concederla. Luego del parto la trabajadora tiene garantizada una licencia retribuida de 12 semanas, licencia posnatal.

Sexta consulta (30 semanas). Es una reconsulta del médico general. Deberá realizarse el interrogatorio básico y un examen físico, se buscan edemas en miembros inferiores.

Además, valorar:
– Curva de peso.
– Curva de tensión arterial.
– Curva de altura uterina.
– Semiología obstétrica. Presentación, posición, auscultación de frecuencia cardiaca fetal y presencia normal o no del líquido amniótico.
– Volver a examinar las mamas.
– Resultado de complementarios, ultrasonografía de biometría fetal.

Conducta:
– Indicar nuevos análisis:
  • Cituria.
  • Hemoglobina, hematocrito.
  • Serología, VIH (y a la pareja).
  • Exudado vaginal.
– Charlas sobre lactancia materna.
– Continuar el tratamiento preventivo con prenatales.
– Conteo de movimientos fetales durante aproximadamente 1 h.
– Realizar puericultura prenatal en coordinación con los profesionales pediátricos.

Tabla 54.1. Patrón contráctil normal

Edad gestacional (semanas)	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Número de contracciones por hora	1	3	5	7	8	8	8	9	9	9	9

Séptima consulta (32 semanas). Interconsulta con el especialista en ginecobstetricia. Se realiza igualmente el interrogatorio básico y el examen físico, se buscan edemas en extremidades inferiores y se valoran:

– Curva de peso.
– Curva de tensión arterial.
– Altura uterina.
– Semiología obstétrica. Presentación, posición, situación. Auscultación de frecuencia cardiaca fetal y cantidad del líquido amniótico.
– Complementarios de consulta anterior.

La conducta a seguir será indicar cituria, continuar el tratamiento oral preventivo de la anemia y hacer promoción de la lactancia materna y del Programa de Maternidad y Paternidad Consciente.

Octava (de las 36 a las 36,6 semanas) y novena consulta (de las 38 a las 38,6 semanas). Seguimiento de reconsultas para aspectos de promoción, de acuerdo a las semanas de gestación, identificación de riesgos. Se valoran las tres curvas de la atención prenatal (peso, altura uterina y tensión arterial). Se evalúan los complementarios importantes en el último trimestre (hemoglobina, cituria, exudado vaginal, VIH y serología) y se ofrecen las orientaciones sobre gestación a término (conteo de movimientos fetales, patrón contráctil normal, pérdidas vaginales).

Décima consulta (40 semanas). Interconsulta con el especialista en ginecobstetricia y remisión al hospital ginecobstétrico para seguimiento del bienestar materno-fetal hasta el parto.

Conducta:

– Valorar resultado de los complementarios.
– Interrogatorio básico y examen físico, buscar edemas.
– Analizar las tres curvas de la semiología obstétrica: curva de peso, de tensión arterial y de altura uterina.
– Realizar examen obstétrico: presentación, posición, auscultación de frecuencia cardiaca fetal.
– Indagar y orientar sobre fase latente del parto.
– Explicar bien el por qué la gestante no puede continuar en el hogar después de que se inicien las contracciones con un ritmo de dos contracciones en 10 min y que duren más de 25 s, y por qué deberá concurrir al hospital cuando comience la pérdida de líquido amniótico o del tapón mucoso, dando como premisa la salud materno fetal.

Todas las gestantes, cuando no se ha producido el parto antes de las 41 semanas de gestación, debe ser ingresada en el hospital materno correspondiente para el seguimiento materno fetal. El parto debe ocurrir antes de las 42 semanas de gestación.

Terreno. Es la actividad planificada y realizada por el médico y la enfermera de la familia fuera del local del consultorio (visita al hogar, visita al hospital u a otras instituciones de salud). La actividad realizada en el terreno debe quedar debidamente registrada en los documentos establecidos. En la primera visita de terreno de la gestante se deben recoger aspectos biosicosociales como percápita familiar, condiciones socioeconómicas, de hacinamiento, condiciones de la vivienda, condiciones medioambientales, estilo y modo de vida, entre otras. Se realizará de forma mensual hasta las 34 semanas, quincenal de las 34 hasta las 37 semanas y semanal desde las 37 semanas hasta el ingreso.

Bibliografía

Cambero, Y. (2019). *Temas de obstetricia para la atención primaria de salud*. La Habana:Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/temas-de-obstetricia-para-la-atencion-primaria-de-salud/

Colectivo de autores (2017). *Guías de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes*. La Habana:Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/guias-de-actuacion-en-las-afecciones-obstetricas-frecuentes/

_____ (2012). *Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento*. La Habana:Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-perinatologia-diagnostico-y-tratamiento/

Hoffman, B. L. et al. (2014). *Ginecología de Williams*. 2da Ed. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. Recuperado de: http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1511&sectionid}

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2017a). *Protocolo de manejo de los trastornos hipertensivos y sus complicaciones*. Departamento materno-infantil. La Habana: Minsap.

_____ (2017b). *Protocolo de manejo de la restricción del crecimiento intrauterino(RCIU) y del feto constitucionalmente pequeño*. Departamento materno-infantil. La Habana: Minsap.

Capítulo 55
Atención al niño

Indira Barcos Pina, Fernando Domínguez Dieppa y Roberto Alvarez Sintes

La puericultura es un control tendente a identificar, diagnosticar y manejar problemas de salud en el niño y prevenir problemas futuros a través de la orientación y la capacitación de los padres o tutores. Se inicia con la consulta prenatal de las 28 semanas y luego de nacido.

La cultura del cuidado es muy importante para alcanzar la salud familiar integral. El término puericultura se deriva de puer (niño) y cultura (cultivo o cuidado), por tanto, es entendida como la crianza y orientación de los niños. Sus acciones están dirigidas a la promoción, prevención, protección, curación y rehabilitación encaminadas a lograr un óptimo crecimiento y desarrollo del niño y que llegue a ser un adulto sano.

Objetivos:

- 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 atender 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.

Para cumplir los objetivos la puericultura se estructura en dos etapas o periodos, la puericultura prenatal y la puericultura posnatal.

Puericultura prenatal. La puericultura prenatal es la consulta que se realiza durante el embarazo, entre las 26 y las 28 semanas de edad gestacional para preparar a la futura madre sobre cuestiones referentes al cuidado del niño próximo a nacer.

En esta consulta se analizan los elementos siguientes:

- El valor de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada hasta 1 o 2 años, según los 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.
- Siempre que sea posible el médico participará en el parto.

Puericultura posnatal. La puericultura posnatal se clasifica según la edad del niño. La del recién nacido se extiende desde el nacimiento hasta los 28 días de edad; la del lactante comprende desde los 28 días hasta el año de edad; la de niños preescolares va desde 1 hasta 4 años de edad; la de niños escolares desde los 5 hasta los 9 años de edad y la atención a adolescentes desde los 10 a los 19 años.

Las acciones y los controles para estas etapas se programarán de acuerdo con la edad del niño o adolescente y se explicarán en este texto en el acápite correspondiente o capítulo en particular. Las características biosicosociales de cada una de las etapas se podrán consultar en el capítulo 28, "Crecimiento y desarrollo".

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 los sistemas y aparatos inmunitarios, enzimático y hemostático determina un mayor riesgo de padecer alteraciones como consecuencia de las agresiones del medioambiente, principalmente las infecciones.

Los objetivos fundamentales de las consultas de puericultura del recién nacido 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 las 42 semanas de gestación. El peso promedio a las 40 semanas está entre los 3200 y los 3500 g. El 95 % de los niños a término estarán entre los 2500 g y los 4,2 kg de peso (5,5 y 9,5 lb).

Son clasificados como recién nacidos con peso bajo los de menos de 2500 g y como macrosómicos los de peso superior a 4000 g. Obviamente el peso al nacer estará influido por diversos factores, entre ellos 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; se considera dentro de los límites normales una disminución entre el 5 y el 10 %. Luego, en el periodo neonatal, aumentan de peso a un ritmo de 145 a 225 g/semana, es decir, entre 6 y 8 onzas. La pérdida inicial de peso se explica en la relación del gasto calórico frente a la ingestión de calorías que es aún pobre, porque la madre le aporta calostro en los primeros tres días; este es rico en proteínas y anticuerpos, pero presenta un valor energético inferior a la leche materna propiamente dicha.

La talla promedio de un recién nacido está entre 48 y 52 cm, con una media de 50 cm a las 40 semanas; el 95 % de los recién nacidos a término tendrá entre 46 y 56 cm.

La circunferencia cefálica al término de la gestación debe medir alrededor de 34 a 35 cm, aunque se considera normal en un rango de 32 a 37 cm. El cráneo estará modelado en mayor o menor grado, según el tipo de presentación, pero redondeado y sin modelaje alguno en las pelvianas y en los niños nacidos por una cesárea realizada 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 sucedaneum,* 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. En la mayoría de los neonatos existe algún grado de hemorragia subconjuntival, así como pequeñas hemorragias retinianas.

El puente nasal está deprimido, puede verse algún grado del llamado aleteo nasal 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 y con un borde que hace re-

lieve. El botón mamario será mayor de 0,5 cm en uno o ambos lados. Las mamas se irán ingurgitando tanto en niñas como en niños a partir del tercer día y hasta el final de la segunda semana y, en ocasiones, producen una secreción parecida al calostro denominada tradicionalmente "leche de brujas". Se recomienda la no palpación excesiva, pues esto facilita la aparición de mastitis y en algunos casos la formación de abscesos.

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, se desprende normalmente entre el sexto y el décimo 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 musculoesquelética de la niña más frecuente 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, sobre todo 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 las 24 o 48 h aparecen a menudo en la cara, el tronco y los miembros unas lesiones eritematosas 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, zona de color azul oscuro, a veces de bordes difusos y otras veces de bordes caprichosos, 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 normal, 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 cuarto y sexto días y desaparecerá al final de la primera semana. A partir del tercer día también comienza a producirse la descamación fisiológica de la piel, más evidente al nivel del tronco y de los miembros inferiores.

La respiración del niño a término normal es de tipo diafragmática e irregular, se modifica fácilmente con el llanto y el sueño. Se acepta como una frecuencia respiratoria normal la que tenga 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.

A partir del momento del nacimiento la circulación fetal sufre importantes variaciones, porque los pulmones al expandirse inician la ventilación y demandan mayor cantidad de sangre; solo recibían el 12 % del gasto cardiaco, 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 la disminución de la resistencia vascular. El conducto arterial deja de funcionar y con posterioridad ocurre su cierre anatómico. En el transcurso de tantos y tan variados cambios hemodinámicos no será raro auscultar soplos, fundamentalmente sistólicos, de baja intensidad, los que son considerados como funcionales, transitorios y sin importancia. En realidad, los soplos en algunos niños con severas y complejas cardiopatías congénitas, en muchas ocasiones, no son audibles hasta la segunda o tercera semanas. La presión sistólica es de 65 mm Hg y puede llegar a ser hasta de 90 mm Hg al final de la primera semana. La frecuencia cardiaca se considera normal entre 120 y160 pulsaciones por minuto. Los pulsos femorales débiles sugieren coartación aórtica y si se palpan saltones, una 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-

no digiere bien las proteínas de la leche, los disacáridos, en especial la lactosa, y casi no tolera las grasas. En su organismo 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 normales se demoran desde 2,5 a 3 días, aunque es más la excepción que la regla. Estas heces meconiales son 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 tercer día, el niño alimentado con leche materna realiza deposiciones llamadas diarreas transicionales en número de 6 a 12 por día (95 % de los casos), que se producen después de ingerir el alimento, de forma explosiva, líquidas y de color amarillento. 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, que pasa inadvertida; 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 de forma progresiva y en la segunda semana orinan alrededor de 20 a 25 veces por 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 días 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, mucoide, y hacia el cuarto o quinto día 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 calcula como de 85 mL/kg de peso (8 % de su peso corporal). Así, un neonato de 3 kg posee de 255 a 260 mL de sangre total, al perder 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 %, su límite inferior se considera en 14,5 g % y el superior en 22 g. El hematocrito es normal de 50 a 65 g %. El 80 % de la hemoglobina es de tipo fetal, posee mayor avidez 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/mm^3.

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 y se alterna la flexión con la extensión. Se observan temblores ligeros que no significan ninguna afección. Si persisten y son intensos, se sugiere 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.

Exploración de los reflejos

Hay un conjunto de reflejos característicos en esta etapa, algunos de los cuales son indispensables para el mantenimiento de la vida.

Los reflejos se pueden agrupar en tres subdivisiones:

– Los que desaparecen antes de los 2 meses:
  - Incurvación del tronco.
  - Reflejo de extensión cruzada.
  - Reflejo natatorio.

– Los que desaparecen antes de los 4 o 5 meses:
  - Reflejo de Moro.
  - Reflejo de Magnus.
  - Reflejo de marcha automática.

– De duración más tardía:
  - Prensión palmoplantar, hasta los 6 meses.

- Cardinal o de hociqueo, hasta 1 o 1,5 años.
- Respuesta tipo Babinski, hasta los 2 años.

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, este entonces extiende la otra pierna por el borde interno de la que se tiene fijada, como si rechazara la mano del explorador.

Reflejo natatorio: Se coloca 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.

Reflejo de Moro o del abrazo: Se obtiene de diversas maneras, al sostenerlo por los miembros superiores, soltándolo de manera suave sobre la cuna, dando una palmada o moviendo bruscamente la cuna. En un primer tiempo, abre ambos brazos, luego hay aducción de estos sobre la línea media, como abrazando, seguido de llanto vigoroso; este último elemento no es siempre constante. Este reflejo traduce la integridad del sistema nervioso central; cuando es positivo en un solo lado, debe pensarse en parálisis branquial superior del lado en que no se produce el movimiento descrito.

Reflejo de Magnus o tónico del cuello: Al girarle la cabeza hacia un lado, unos minutos después adopta actitud de esgrimista, pues estira los miembros superior e inferior hacia donde mira y flexiona los del otro lado.

Reflejo de marcha automática: Al colocarlo en posición vertical sobre un plano duro, realiza movimientos como si estuviera deambulando, es decir, sube y baja alternadamente cada pie.

Prensión palmo-plantar: Al colocársele en la palma o en la planta un objeto duro, se produce un cierre o flexión brusca de los dedos.

Reflejo 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.

Sobre la base del tono y de la postura se han descrito una serie de signos que resultan útiles al evaluar la edad gestacional o la maduración de determinado paciente. Entre otros pueden mencionarse 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. 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. Entre estos factores pueden incluirse la prematuridad, el bajo peso, los partos distócicos, la asfixia perinatal y ciertas anomalías congénitas. De este modo se pueden obtener evaluaciones 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 en la medicina desde hace mucho tiempo y solo ha servido para causar confusión. 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 los de bajo peso abarcan a los que hayan nacido a término o no, pero con un peso inferior a 2500 g. Los países desarrollados poseen índices de bajo peso inferiores al 6 % y de estos, aproximadamente las dos terceras partes son pretérmino. Aunque dos neonatos pesen menos de 2500 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. Por ende, no podrán ser sometidos a valoraciones sobre su crecimiento físico y desarrollo con iguales criterios, eso podría acarrear errores diagnósticos y de tratamiento.

Para conocer la verdadera edad gestacional de un recién nacido existen métodos clínicos y paraclínicos, estos últimos resultan de utilidad limitada dada su complejidad. Los métodos clínicos basados en las características externas y neurológicas, por medio de sistemas de puntaje, casi siempre son los más difundidos y utilizados.

Se ha relacionado el parto pretérmino con la madre muy joven, 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, pobreza y varios factores socioeconómicos. En ocasiones es considerado un efecto generacional.

El hábito de fumar incide tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado.

En Cuba se ha detectado un conjunto de factores causantes del nacimiento de niños de bajo peso, entre los cuales pueden mencionarse:

– Embarazo en la adolescente.
– Desnutrición en la madre: peso inferior a 45 kg (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 cérvicovaginal.

Características clínicas y biológicas

Desde el punto de vista antropométrico, las características del recién nacido pretérmino 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, puesto 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 lo permita.

El pronóstico a corto y a largo plazo está en dependencia de las complicaciones perinatales. Al evaluarse el neurodesarrollo debe considerarse su edad gestacional corregida durante los primeros 2 años de vida.

Desde los primeros momentos de la vida la participación de la madre y la estimulación temprana de estos niños con alto riesgo facilita una mejor evolución.

Un recién nacido hipotrófico es aquel cuyo peso está por debajo de la segunda desviación estándar para su edad gestacional, aunque cuando está por debajo del percentil 10 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 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 crecimiento intrauterino retardado 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.

En estos recién nacidos 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 periodo neonatal. Si el grado de desnutrición es ligero y se trata de un recién nacido a término con buena succión, puede nutrirse directo al pecho. En niños con succión débil se recomiendan diversos procederes 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.

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, también hay en ellos una alta incidencia de malformaciones congénitas.

Es importante que la madre participe de los cuidados dispensados a su hijo desde el inicio de la vida, con la finalidad de adiestrarla y permitirle que no se sienta extraña ni ajena en el momento del alta, pues esto favorece la recuperación del recién nacido a través de una estimulación temprana bien orientada.

Causas básicas de muerte tanto en los recién nacidos pretérmino como en los hipotróficos a término en los primeros días de vida:
– Infecciones: connatales 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 plazo.

Atención a las alteraciones en el periodo neonatal

La mayoría de los recién nacidos egresan del hospital materno entre las 48 h y las 72 h de vida, pero son varias las enfermedades cuyos signos aparecen cuando el niño se encuentra ya en su casa. Se exponen a continuación los principales problemas por los que son atendidos los neonatos a nivel primario y cómo estos deben ser enfocados por el médico de familia para evitar, en lo posible, la progresión de afecciones potencialmente invalidantes y frecuentemente letales.

Alteraciones nutricionales

Al evaluarse la evolución del peso se detecta en ocasiones una disminución excesiva de este en los primeros 7 a 10 días de vida (mayor que el 10 % del peso al nacer) o un incremento inadecuado pasado dicho periodo. Deberá analizarse su alimentación y buscar si existe:
– Falta de avidez.
– Succión débil.
– Agotamiento al succionar.
– Llanto por hambre.

Cuando hay falta de avidez o rechazo al alimento con historia previa de alimentación sin dificultad, deberán 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 cardiaca también pueden provocar dicho síntoma.

Cuando 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. Deberá valorarse 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 el 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 en el recién nacido; sin embargo, estos trastornos pueden ser muy agudos, en ese caso deben ser evaluados aun antes de que aparezca el descenso de peso.

Alteraciones digestivas

La persistencia de deposiciones meconiales escasas obliga a pensar en un cuadro oclusivo no diagnosticado con anterioridad, ya que el neonato a partir del quinto o séptimo día de vida debe tener 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, 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 los 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 explicar; algunos los denominan cólicos vespertinos, porque el dolor aparece casi siempre al atardecer. En general, se observan 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 le enrojece, frunce el entrecejo y estira los miembros inferiores. No se conoce su causa y existen muchas hipótesis para tratar de explicarlos, aunque son un trastorno benigno que se alivia de manera espontánea y desaparece a los 3 meses de edad. Deben descartarse todas las otras causas de llanto en el recién nacido, así como eliminar el factor etiológico de los cólicos, 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, es necesario el diagnóstico causal y un tratamiento oportuno en una institución de nivel secundario. Existen varias causas clínicas y con menos frecuencia quirúrgicas, dentro de estas últimas está la estenosis hipertrófica congénita del píloro que aparece entre la cuarta y sexta. semanas de vida, en ocasiones antes; se ve con más frecuencia en varones. Los vómitos son "en proyectil" y posprandriales, con ausencia de bilis, a menudo conducen a la deshidratación.

Alteraciones hematológicas

Ante la presencia en la primera semana de vida de sangramiento digestivo, del muñón umbilical y en sitios de punturas previas en recién nacidos sanos se debe sospechar una enfermedad hemorrágica primaria por déficit de vitamina K, aunque hay que descartar otras afecciones. En Cuba es excepcional esta 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 seguirse 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 peligrosos entre los 5 y los 10 días de vida. Es importante valorar con especialistas 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 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 debe garantizar de modo especial una adecuada alimentación y se vigila que la diuresis y las deposiciones sean suficientes.

Alteraciones 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 endocrinología, para precisar la causa, ya que, si hay signos de deshidratación, vómitos y otras alteraciones sistémicas puede deberse a hiperplasia adrenal congénita.

Antes del nacimiento, el glande y el prepucio se desarrollan como un tejido único. Al nacer, el prepucio se halla adherido y 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 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, se debe esperar y no forzarse, pues en algún momento ocurrirá. La separación del prepucio del glande se produce en cada niño de modo diferente. Puede ser antes del nacimiento, aunque rara vez sucede. 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 a diario. Forzar hacia atrás el prepucio puede dañar el pene, causar dolor, sangramiento y puede dar lugar a adherencias.

Alteraciones umbilicales

La caída del cordón umbilical debe producirse antes de los 14 días. Si no ocurre así, puede deberse a un hipotiroidismo congénito.

El eritema periumbilical y la secreción purulenta umbilical son signos de onfalitis, se requiere de tratamiento local y, en muchas ocasiones, antibióticoterapia 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.

Alteraciones 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 el segundo caso se indicará el antibiótico específico contra el estafilococo, como oxacilina, cloxacilina o dicloxacilina.

Las infecciones que afectan el tejido celular subcutáneo, como la celulitis, pueden ser muy peligrosas en el neonato. Como la mastitis, que es más 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. Se deben 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.

Alteraciones 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 h o 6 h, precedidos por 1 min de masajes infralagrimales. En caso de que la secreción sea amarilla o francamente purulenta también se indicará un colirio antibiótico después de cada lavado ocular, por un periodo de 5 a 7 días. Si hay epífora o secreción escasa persistente en un solo ojo, se sospecha de una obstrucción del conducto lacrimonasal, 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 pueden deberse 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 proceder en correspondencia con ello.

A continuación, se exponen los grupos de signos sugestivos de infección neonatal.

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.

T*rastornos de la alimentación:* Ya fueron expuestos con anterioridad. Puede ser falta de avidez y succión débil. Estos pueden acompañarse de vómitos y diarreas.

Trastornos de la conducta: Entre ellos la irritabilidad, los movimientos anormales referidos, somnolencia, pobre respuesta a los 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 presente en un neonato totalmente sano y que 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 "sucia" 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; 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

Los niños comprendidos entre los 28 días y los 9 años de edad se clasifican en lactantes, preescolares y escolares. Lactantes son los comprendidos entre los 28 días y el año de edad; los preescolares desde 1 hasta los 4 años de edad y los escolares desde los 5 hasta los 9 años de edad.

Lactantes: Continúa el proceso de adaptación a la vida extrauterina en el seno de la familia. Es un periodo de crecimiento y desarrollo acelerado 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, se producen más 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 puedan llevar 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 lo rodea. 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 biosicosociales de cada una de las etapas antes mencionadas, se pueden consultar en el capítulo 28, "Crecimiento y desarrollo".

Valoración sanitaria

La valoración sanitaria se realiza aplicando el enfoque clínico-epidemiológico y social por intermedio de la dispensarización y 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 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 la 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 factores de riesgo, la morbilidad y la mortalidad.

Factores de riesgo. Entre las diferentes situaciones de riesgo se pueden mencionar cuatro grupos:

– Alto riesgo:
  • Bajo peso al nacer: <2500 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: de 2500 a 3000 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.

La morbilidad y la mortalidad están relacionadas con las características de estas edades.

Morbilidad. En las tablas 55.1 y 55.2 se describen 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 el año 2019 en Cuba. En la tabla 55.3 se recoge la incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria en la niñez y adolescencia tardía, durante el año 2019.

Mortalidad. Las principales causas de muerte en estas edades en Cuba aparecen listadas en las tablas 55.4 los menores de 1 año, en la 55.5 los comprendidos entre 1 y 4 años y en la 55.6 los de 5 a 14 años.

Tabla 55.1. Atención médica por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en niños durante el 2019

Edad	Enfermedades diarreicas agudas		Enfermedades respiratorias agudas	
	Número	Tasa	Número	Tasa
<1 año	32 183	254,7	264 408	2092,2
1 a 4 años	44 651	90,5	830 737	1683,0
5 a 9 años	15 492	24,9	547 346	879,0

Tasa por 1000 habitantes de la edad.

Tabla 55.2. Prevalencia de algunas enfermedades según sexo y edad en el 2019

Grupos de edad	Diabetes *mellitus*			Hipertensión arterial			Asma		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
<1 año	0,0	0,1	0,0	-	-	-	1,2	1,2	1,2
De 1 a 4 años	0,2	0,2	0,21	0,1	0,1	0,1	49,6	46,8	48,2
De 5 a 9 años	0,8	0,8	0,8	0,4	0,4	0,4	113,0	101,0	107,1

Leyenda: M: masculino; F: femenino.
Tasa por 1000 habitantes del sexo y edad.

PROHIBIDA SU VENTA

Tabla 55.3. Incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria según grupo de edad en el 2019

Enfermedad	<1 año	De 1 a 14 años
Fiebre tifoidea	-	-
Meningitis meningocóccica	1	2
Meningococcemia	1	2
Varicela	538	10 299
Hepatitis viral aguda	2	170
Mononucleosis infecciosa	11	273
Tétanos	-	-
Tuberculosis	-	6
Casos notificados por 100 000 habitantes de edad		
Fiebre tifoidea	-	-
Meningitis meningocócica	0,8	0,1
Meningococcemia	0,8	0,1
Varicela	425,7	611,7
Hepatitis viral aguda	1,6	10,1
Mononucleosis infecciosa	8,7	16,2
Tétanos	-	-
Tuberculosis	-	0,4

Tabla 55.4. Principales causas de muerte en menores de 1 año

Causas	1970	1980	2004	2019
Número de defunciones				
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3562	1289	326	296
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	907	552	214	89
Influenza y neumonía	1202	221	34	28
Septicemia	-	91	15	16
Tasa por 1000 nacidos vivos				
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	15,0	9,4	2,6	2,7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,8	3,9	1,7	0,8
Influenza y neumonía	5,1	1,6	0,3	0,3
Septicemia	-	1,6	0,1	0,1

Nota: En los años 1970 y 1980 no se incluye la bronconeumonía hipostática. Se excluye la estadística del menor de 28 días.

Tabla 55.5. Principales causas de muerte en menores de 1 a 4 años

Causas	1970	1980	2004	2019
Número de defunciones				
Accidentes	197	143	61	32

Tabla 55.5. Continuación

Causas	1970	1980	2004	2019
Número de defunciones				
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	104	61	39	18
Tumores malignos	86	59	34	14
Influenza y neumonía	218	80	6	18
Tasa por 10 000 habitantes de 1 a 4 años				
Accidentes	2,0	2,1	1,1	0,6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,1	0,9	0,7	0,4
Tumores malignos	0,9	0,9	0,6	0,3
Influenza y neumonía	2,2	1,2	0,1	0,4

Nota: En los años 1970 y 1980 no se incluye la bronconeumonía hipostática.

Tabla 55.6. Causas de muerte en menores de 5 a 14 años

Causas	1970	1980	2004	2019
Número de defunciones				
Accidentes	262	412	110	48
Tumores malignos	128	132	72	61
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	63	63	29	13
Enfermedades del corazón	16	8	5	8
Tasa por 100 000 habitantes				
Accidentes	13,3	18,2	7,0	4,0
Tumores malignos	6,5	5,8	4,6	5,1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,2	2,8	1,8	1,1
Enfermedades del corazón	0,8	0,4	0,4	0,7

Intervención

En la atención a estos grupos de edades es muy importante la dispensarización, ya que posibilita determinar las visitas de control y seguimiento en la consulta y en el hogar. 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 algunas acciones para el calendario de visitas, entre las que pueden mencionarse el interrogatorio profundo al niño, en caso de que proceda, 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 y se realiza por sistemas. Se comienza por un examen general del estado de salud, 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.

Luego se examinarán los sistemas:

– Pulmonar.
– Cardiovascular.
– Neurológico.
– Gastrointestinal.
– Endocrino.
– Hematológico.
– Músculoesquelético.
– 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, determinar 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 por otros. La vacunación es muy importante y se realiza según las particularidades y esquemas de cada país (véase el capítulo 48, "Vacunas e 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 de los 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 13, "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 la mortalidad.

La puericultura permitirá realizar un correcto registro y seguimiento de cada niño. Entre sus objetivos fundamentales están:

– En el lactante:
  • Evaluar la recuperación del proceso del nacimiento.
  • Evaluar la evolución 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 los procedimientos de pesquisa 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 periodo de crecimiento lento y estable.
  • Orientar las inmunizaciones y procedimientos de pesquisa correspondientes a la etapa.
  • Evaluar el ajuste del niño a la escuela.
  • Evaluar el funcionamiento social del niño.

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

- 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.
- Se recomienda estudiar los aspectos relacionados con la alimentación y la nutrición, y el papel del médico de familia, desarrollados en la sección "Alimentación y nutrición".

Acciones de consejería recomendadas de acuerdo con las edades:

– 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 de la escuela, relación con los amigos, alimentación, sueño, salud bucal.
– 6 años: obesidad, deportes, salud bucal.
– 7 a 9 años: escolaridad, preparación para la menarquia, obesidad, deportes, salud bucal.
– En todos los grupos de edades se abordará la prevención de accidentes y la vacunación

Programa de Atención Materno Infantil

El Programa 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. Existen dentro de este un número importante de programas, aunque solo se mencionarán algunos de los principales. Se recomienda ver el capítulo 48, "Vacunas e inmunización" y el capítulo 54, "Atención prenatal"

Programa de Desarrollo de la Perinatología: Busca 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. Puede profundizarse en el capítulo 54, "Atención prenatal".

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. Puede profundizarse en el capítulo 48, "Vacunas e inmunización".

Programa de Pesquisa de Hipotiroidismo Congénito: Determina alteraciones de la hormona tiroestimulante (TSH) en suero del cordón umbilical. Se toma 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. Esta se utiliza para confirmar el diagnóstico mediante la determinación de TSH, de T4 o de ambas.

El objetivo es que los hipotiroideos detectados reciban tratamiento inmediato, para que el diagnóstico y el tratamiento precoz evitan la aparición de la discapacidad intelectual 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 que conduce a una discapacidad intelectual severa. La detección de esta enfermedad en las primeras semanas de vida del recién nacido permite establecer una dieta de bajo contenido en fenilalanina y evita la discapacidad intelectual 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 pueden verse en el capítulo 54, "Atención prenatal".

Bibliografía

Alvarez Sintes, R. (2005). *Salud familiar. Manual del promotor.* 2da. ed. Maracay: Ed. MSDS/IAESP/Misión Barrio Adentro/MES/Misión Sucre. Recuperado de: https://www.academia.edu/34531360/Salud_Familiar_manual_promotor

American Academy of Pediatric (2017). *Guidelines for perinatal care.* The American College of Obstetricians and Gynecologists. Illinois: APP/ACOG. Recuperado de: https://www.acog.org/store/products/clinical-resources/guidelines-for-perinatal-care

Cañizares Luna, O., Sarasa Muñoz, N. L., Alvarez Sintes, R. (2019). *Estudios básicos biomédicos. Elementos para una iniciación mejor orientada.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/estudios-basicos-biomedicos-elementos-para-una-iniciacion-mejor-orientada/

Colectivo de autores (2012). *Neonatología. Diagnóstico y tratamiento.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/neonatologia-diagnostico-y-tratamiento-2da-ed/

Gallego Machado, B.R. (2005). *Objetivos de la consulta de puericultura.* Grupo de atención integral al niño y adolescente sanos. La Habana: Minsap.

Hagan, J. F. y Ducan, P. M. (2009). Avances en salud infantil: Guías preventivas, detección selectiva y asesoramiento. En: Nelson. *Tratado de pediatría.* 18va. ed. Vol.II. Barcelona: Elsevier, pp. 27-31. Recuperado de: https://booksmedicos.org/nelson-tratado-de-pediatria-18a-edicion-pdf/

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019.* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. [citado 20/01/2021]. Recuperado de: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf

Unicef (2019). *The state of the world's children 2019. Children, food and nutrition.* Growing well in a changing world. Recuperado de: https://www.unicef.org/media/61356/file/SOWC-2019.pdf

Valdés Lazo, F.; Ibargollen Negrín, L., Machado Lubián, M. C., Martínez Corredera, V. (2009). Programas para la atención médica al niño en Cuba. *Rev. cuban. pediatr.* 81 (Sup):108-12.

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 56
Atención al adolescente

Indira Barcos Pina y Roberto Alvarez Sintes

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 también de grandes determinaciones para una mayor independencia psicológica y social.

No existen parámetros precisos para establecer cuando se inicia o termina la adolescencia. La organización Mundial de la Salud 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.

Etapas de la adolescencia

La adolescencia, como ya se dijo, es una etapa compleja, dentro de ese rango cronológico el desarrollo de cada adolescente es diferente, 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.

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 los 15 y los 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.

Adolescencia temprana. Ocurren cambios biológicos 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; 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 psicosexuales. 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 menarquia. También en el sexo masculino es posible que suceda ya la eyacularquia. En otras ocasiones estos fenómenos se postergan para 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 todavía 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, debido a 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, pero sin sustento en propiedades fundamentales. Son conductas propias de la edad la masturbación, los juegos sexuales y las relaciones íntimas, que en Cuba 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, 2006).

Todo ello coincide con la etapa pospuberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y de 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. En esta etapa 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 debido a los malos hábitos dietéticos, los trastornos de la visión, miopía y el acné juvenil.

Las características biosicosociales de esta etapa se podrán consultar en el capítulo 28, "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 factores de riesgo, morbilidad y mortalidad.

Factores de riesgo a la salud del adolescente:

– 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.

La morbilidad y mortalidad son bajas y están relacionadas con las características de esta edad. En la tabla 56.1 aparecen las atenciones médicas por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en adolescentes y adultos jóvenes y en la tabla 56.2 la prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes dispensarizados por algunas enfermedades, según edad y sexo en Cuba en el año 2019.

Tabla 56.1. Atenciones médicas por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en adolescentes y adultos jóvenes

Edad (años)	Diarreicas agudas		Respiratorias agudas	
	Número	Tasa	Número	Tasa
Entre 10 y 14	8360	14,7	323 139	569,6
Entre 15 y 24	11 599	8,5	463 399	340,5

Tasa por 1000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019*. Dirección de Registros Médicos y Estadisticas de Salud.

Tabla 56.2. Algunas enfermedades según edad y sexo

Grupos de edad	Diabetes *mellitus*			Hipertensión arterial			Asma		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
Entre 10 y 14	1,6	1,7	1,7	1,9	1,5	1,7	163,4	149,4	156,6
Entre 15 y 24	5,1	5,8	5,5	18,1	14,8	16,5	178,2	167,3	172,9

Tasa por 1000 habitantes del sexo y de la edad.
Fuente: Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019*. Dirección de Registros Médicos y Estadisticas de Salud.

En un trabajo sobre la adolescencia en Cuba, Aliño Santiago M. *et al.* (2006) se exponen las principales causas de estos índices.

Causas de morbilidad:

– Afecciones respiratorias y diarreicas agudas.
– Consumo de sustancias toxicas: 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, como las infecciones de transmisión sexual, el aborto y la maternidad o paternidad tempranas.

En la tabla 56.3 se muestra la incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria en la niñez y adolescencia temprana en el año 2019 en Cuba.

Tabla 56.3. Incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria en la niñez y adolescencia temprana

Enfermedad	< 1 año	1 a 14 (años)
Fiebre tifoidea	-	-
Meningitis meningocócica	1	2
Meningococcemia	1	2
Sarampión	-	-
Rubéola	-	-
Varicela	538	10 299
Hepatitis viral aguda	2	170
Parotiditis	-	-
Mononucleosis infecciosa	11	273
Tosferina	-	-
Tétanos	-	-
Tuberculosis	-	6
Casos notificados por 100 000 habitantes de la edad		
Fiebre tifoidea	-	-
Meningitis meningocócica	0,8	0,1
Meningococcemia	0,8	0,1

Tabla 56.3. Continuación

Enfermedad	< 1 año	1 a 14 (años)
Casos notificados por 100 000 habitantes de la edad		
Sarampión	-	-
Rubéola	-	-
Varicela	425,7	611,7
Hepatitis viral aguda	1,6	10,1
Parotiditis	-	-
Mononucleosis infecciosa	8,7	16,2
Tosferina	-	-
Tétanos	-	-
Tuberculosis	-	0,4

Fuente: Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019*. Dirección de Registros Médicos y Estadisticas de Salud.

Causas de mortalidad. Las principales causas de muerte entre los adolescentes cubanos se agrupan como está recogido en la tabla 56.4, en ese orden: accidentes, tumores malignos, agresiones y lesiones autoinfligidas. En todos los casos las tasas han descendido notablemente del año 1970 al 2019.

Tabla 56.4. Principales causas de muerte entre los adolescentes cubanos

Causas	1970	1980	2004	2019
Número de defunciones				
Accidentes	398	550	209	89
Tumores malignos	107	140	87	80
Lesiones autoinfligidas	126	392	33	26
Agresiones	57	56	34	19
Tasa por 100 000 habitantes de 10 a 19 años				
Accidentes	25,3	23,8	12,5	7,2
Tumores malignos	6,8	6,1	5,2	6,5
Lesiones autoinfligidas	8,0	17	2,0	2,1
Agresiones	3,1	2,4	2,0	1,5

Fuente: Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019*. Dirección de Registros Médicos y Estadisticas de Salud.

Considerando los elementos antes mencionados y otros reportes, los problemas de salud en el adolescente pueden agruparse en:

– 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 Osgood-Schlatter.
– Alteraciones durante el desarrollo de los caracteres sexuales:
  • Pubertad. Periodo en que se desarrollan los caracteres sexuales somáticos y el que da comienzo a la actividad cíclica de la mujer.
  • Menarquia. 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.
  • Pubarquia. 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 por parte de los familiares.
  • Vulnerabilidad a los accidentes. Los más frecuentes son los de tránsito, como peatón, pasajero o como ciclista.

Para conocer sobre violencia y otros riesgos asociados en adolescentes véase el capítulo 100, “Violencia”.

Atención ginecológica a la adolescente

La adolescente debe contar con una atención médica integral a los problemas ginecológicos propios de esta edad.

Principales problemas:

– 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.

Los cuidados prenatales están determinados por los factores siguientes:

– El estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo, haciéndo 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, la familia y la comunidad.

Intervención

En las diferentes etapas de la atención al adolescente es muy importante la dispensarización y las visitas de control y seguimiento en la consulta y en el hogar. En la valoración al adolescente, la mayor parte de los autores recomiendan el interrogatorio profundo al adolescente y a los padres, tutores o representantes, en caso de ser necesario, y registrar los datos 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 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, se realiza por sistemas e incluye la valoración del 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.

Se valoran luego los sistemas pulmonar, cardiovascular, neurológico, gastrointestinal, endocrino, hematológico, musculoesquelético, renal/urinario, reproductor, tegumentario, ojo, oído, nariz y garganta, además del 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 el capítulo 48, "Vacunas e inmunización").

En estas evaluaciones se incluyen los aspectos relacionados con la educación para la salud:

– Accidentes.
– Sexualidad.
– Anticoncepción.
– Infecciones de transmisión sexual.
– Nutrición.
– Trastornos sociales.
– Hábitos tóxicos como nocividad del 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.
– 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 las evaluaciones a los adolescentes estipulada en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia (MINSAP, 2011) se aborda en el capítulo 13, "Dispensarización". Esto no prescinde 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 la mortalidad del adolescente de su comunidad. La puericultura permitirá realizar el correcto registro y seguimiento de cada adolescente.

Los objetivos fundamentales son:

– Promover cuidados generales de salud que incluyan atención a áreas de alto riesgo, como la depresión, el suicidio, los hábitos tóxicos, la actividad sexual, la violencia, los accidentes, etc.
– Orientar sobre las relaciones con sus congéneres, padres y resto de los familiares y sobre el 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 los 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 del:

– 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. Incorporación de conocimientos y habilidades a los integrantes de las organizaciones y entidades comunitarias como la FMC, los CDR, la 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 e integral de los problemas que presentan los adolescentes con el objetivo de lograr cambios en hábitos y actitudes no deseados (tabla 56.5).
– 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 éticosociales.

– En estos círculos el médico de familia tiene una herramienta para realizar una intervención promocional educativa y multiplicar los efectos positivos de las acciones sociales, desde un enfoque comunitario de salud integral y 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 a 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 que 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.
– Incrementar los conocimientos sobre:
  • Conducta sexual responsable.
  • Prevención de las caries dentales y las periodontopatías.
  • Educación formal y ética.
  • Estilos de vida poco saludables.
  • Infecciones de transmisión sexual y el sida.
  • Riesgos de accidentes.
  • Conducta escolar y laboral.
  • Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.
  • Orientación profesional.
– Insistir en los aspectos relacionados con la alimentación, la nutrición, así como los trastornos nutricionales frecuentes en este grupo de edad desarrollado en el capítulo 44, "Alimentación y nutrición en la adolescencia".
– Poner atención a la prevención de las enfermedades no transmisibles desde estas edades.
– 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 que tengan una repercusión educacional positiva en la familia y en la comunidad.

Los desafíos cardinales a afrontar y solucionar por los adolescentes abarcan el plano biológico, ético, social, de pareja y familiar, favorecidos o no por un entorno adecuado, que contribuye al acceso paulatino y a adquisiciones que les permitan trascender el periodo satisfactoriamente.

Tabla 56.5. 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 a todas las mujeres con vida sexual activa a partir del primer coito	Factores de riesgo	1 a 3 años
Planificación familiar	Grupos y círculos de adolescentes y actividad cara-cara	Métodos anticonceptivos	Anual
Salud bucal	Orientación	Visita al estomatólogo	Anual
Accidentes	Orientación	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

Bibliografía

Aliño Santiago, M., López Esquirol, J. R., Navarro Fernández. R. (2006). Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. *Rev. cuban. med. gen. integr.* 22(1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100009

Alvarez Sintes, R. (2005). *Salud Familiar. Manual del Promotor.* 2da. ed. Maracay: Ed. MSDS/IAESP/Misión Barrio Adentro/ MES/Misión Sucre. Recuperado de: https://www.academia.edu/34531360/Salud_Familiar_manual_promotor

Córdova Vargas, L. (2004). Práctica pediátrica en Cuba. En:Autores cubanos. *Pediatría.* Tomo 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/pediatria-tomo-i/

García Nápoles, J.E., Álvarez Sintes, R. Santiesteban Zaldívar, D., García, M. (2000). *Manual para el médico y la enfermera de la familia.* La Habana: Editorial AGCD.

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019.* Dirección de Registros Médicos y Estadisticas de Salud. [citado 20/01/2021]. Recuperado de: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf

_____ (2011). *Programa del médico y la enfermera de la familia.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

_____ (2000). *Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes.* La Habana: Minsap.

Organización Panamericana de Salud (2017). *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina;* [Acceso: 06/02/2018]. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 57
Atención al adulto

Roberto Alvarez Sintes

En la etapa adulta se consolida la madurez plena del individuo y ocurren procesos de cambios en el comportamiento biológico, psicológico y social.

El grupo comprendido entre los 20 y los 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.

Particularidades de la atención por grupos de población

Dentro de la atención al adulto existen particularidades y objetivos específicos como el riesgo materno perinatal, la atención a la embarazada y la atención al trabajador.

Riesgo materno perinatal: En este grupo se incluyen todas aquellas mujeres que se encuentran en edad fértil y presentan alguna condición biológica, psicológica o social que puede 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 (véase el capítulo 75, "Riesgo reproductivo").

Atención a la embarazada: Las características, objetivos y acciones de seguimiento y control de la mujer embarazada se desarrollan en el capítulo 54, "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 medioambiente en que desempeñan sus funciones. Las características de esta atención pueden verse en el capítulo 58, "Atención al trabajador".

Valoración sanitaria

La atención integral al adulto comienza aplicando el enfoque clínico-epidemiológico y social por intermedio de la dispensarización.

Sus etapas comprenden:

– 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 como los factores de riesgo, la morbilidad y la mortalidad.

Los principales factores de riesgo 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.

La morbilidad y la mortalidad están relacionadas con las características de esta edad. En las tablas 57.1 y 57.2 puede observarse 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 2019.

En la tabla 57.3 se puede ver la incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria en la adultez durante el año 2019 en Cuba. Las principales causas de mortalidad entre los años 1970 y 2019 aparecen en las tablas 57.4 (de 15 a 49 años de edad) y 57.5 (de 50 a 64 años).

Tabla 57.1. Atenciones médicas por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en adultos

Edad (años)	Enfermedades diarreicas agudas	Tasa	Enfermedades respiratorias agudas	Tasa
De 15 a 24	11 599	8,5	463 399	340,5
De 25 a 59	31 018	5,4	1 314 067	229,2

Tasa por 1000 habitantes.

Tabla 57.2. 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
Entre 19 y 24	14,1	19,1	16,5	71,6	76,0	73,7	143,3	138,0	140,8
Entre 25 y 59	44,2	58,8	51,5	191,3	222,7	206,9	66,4	80,6	73,5

Tasa por 1000 habitantes del sexo y la edad.

Tabla 57.3. Incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria en la adultez (1970-2019)

Enfermedad	15 años y más	Casos por 100 000 hab.
Fiebre tifoidea	-	-
Meningitis meningocócica	5	0,1
Meningococcemia	2	0,0
Sarampión	-	-
Rubéola	-	-
Varicela	6 116	64,9
Hepatitis viral aguda	407	4,3
Parotiditis	-	-
Mononucleosis infecciosa	35	0,4
Tosferina	-	-
Tétanos	-	-
Tuberculosis	582	6,2

Tabla 57.4. Principales causas de mortalidad entre15 y 49 años (1970 a 2019)

Causas (codificación internacional)	1970	1980	2004	2019
Número de defunciones				
Tumores malignos (C00-C97)	1110	1235	1923	1389
Accidentes (V01-X59, Y85-Y86)	1483	1796	1286	725
Enfermedades del corazón (I05-I52)	842	1115	1075	956

Tabla 57.4. Continuación

Causas (codificación internacional)	1970	1980	2004	2019
Número de defunciones				
Lesiones autoinfligidas (X60X84,Y870)	594	1377	699	421
Agresiones (X85-Y09,Y871)	273	268	549	328
Tasa por 100 000 habitantes de 15 a 49 años				
Tumores malignos	28,0	25,1	31,6	26,5
Accidentes	37,4	36,6	21,2	13,8
Enfermedades del corazón	21,2	22,7	17,7	18,2
Lesiones autoinfligidas	15,0	28,0	11,5	8,0
Agresiones	6,9	5,5	9,0	6,3

Tabla 57.5. Principales causas de mortalidad entre 50 y 64 años (1970 a 2019)

Causas	1970	1980	2004	2019
Número de defunciones				
Tumores malignos (C00-C97)	2407	2585	4696	6226
Enfermedades del corazón (I05-I52)	2444	2872	3394	4255
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	896	1046	1210	1343
Influenza y neumonía (J09-J18)*	260	292	378	815
Tasa por 100 000 habitantes de 50 a 64 años				
Tumores malignos	262,4	247,7	277,2	255,1
Enfermedades del corazón	266,5	275,2	200,3	174,3
Enfermedades cerebrovasculares	97,7	100,2	71,4	755,0
Influenza y neumonía	29,5	28,0	22,3	33,4

*En los años 1970 y 1980 no se incluye la bronconeumonía hipostática.

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. El médico puede variar la frecuencia de las visitas. En la valoración médica al adulto la mayor parte de los autores recomiendan acciones precisas para 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 e incluir:

– 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.
– Luego, el examen físico por sistemas:
  - Ojo, oído, nariz y garganta.
  - Respiratorio.
  - Cardiovascular.
  - Neurológico.
  - Gastrointestinal.
  - Endocrino.
  - Hematológico.
  - Músculoesquelético.
  - 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:

– Riesgo de cáncer bucal:
  - Dientes filosos.
  - Prótesis mal ajustada.
  - Hábito de fumar.
  - Gingivitis.
  - Lesiones de la mucosa bucal.

– Riesgo de cáncer del pulmón:
  • Fumadores.
  • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (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 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 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

Los 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 5 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 u 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.
- Prueba de tolerancia a la glucosa (PTG) alterada.
- Dislipidemia.
- Hipertensión arterial.
- Sedentarismo.

– Osteoporosis:
- Menopausia precoz.
- Menopausia quirúrgica.
- Primeros 10 a 20 años posmenopausia.
- Dieta pobre en calcio.
- Alcoholismo.
- Tabaquismo.
- Uso de esteroides y diuréticos.
- Inmovilización prolongada.

– Anemia:
- Bajo nivel socioeconómico.
- Ancianos.
- Personas institucionalizadas.
- Enfermedades crónicas.
- Niños no alimentados con lactancia materna.

Pesquisa de enfermedades

El objetivo básico de la pesquisa es detectar el problema de salud en una etapa en que las acciones puedan tener mayor efectividad. Se recomienda estudiar el capítulo 49, "Pesquisa activa".

En la literatura médica mundial existe una variada información sobre las medidas preventivas. Muchas de ellas 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 y, por supuesto, cada equipo de salud analiza si una medida de eficacia discutida tiene justificación para ser aplicada en su población, según las circunstancias específicas, y puede optar por incorporarla a su tarea.

Medidas preventivas más utilizadas:

– 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 los 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.
– 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.
– 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.
– Asesoramiento. Sobre el valor de medidas como dejar de fumar, el uso de cinturones de seguridad y limitar el consumo de alcohol.

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 57.6).

Se recomienda estudiar los aspectos relacionados con la alimentación, nutrición, recomendaciones y papel del médico de familia en el adulto desarrollados en el capítulo 38, "Generalidades sobre alimentación y nutrición" y el capítulo 45, "Alimentación y nutrición del adulto".

Los controles se realizarán según corresponda y de acuerdo con la dispensarización. Siempre se valorará el riesgo para facilitar la pesquisa de enfermedades ocultas. En el capítulo 13, "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. influye, de forma importante en la reducción de la morbilidad y la mortalidad en la edad adulta.

Tabla 57.6. Procedimientos preventivos y consejería recomendada

Monitoreo	Procedimientos	Consejería	Periodicidad
Enfermedad coronaria	Lipidograma colesterol total	Alimentación, actividad física, evitar el tabaquismo	De 1 a 2 años
Hipertensión arterial	Toma de tensión arterial	Alimentación, actividad física, evitar el tabaquismo	Anual
Obesidad	Peso (IMC)	Alimentación, actividad física	Anual
Diabetes *mellitus* tipo II	Glucemia en ayuna para población de riesgo	-	3 años
Cáncer uterino	Citología cérvico-vaginal	Factores de riesgo	Cada 1 o 3 años a todas las mujeres con vida sexual activa a partir del primer coito. En Cuba se recomienda cada 3 años a mujeres de 25 a 64 años
Cáncer de mama	Examen de mama	Autoexamen Examen por el médico	Mensual Anual
Sida	VIH	Evitar la promiscuidad Usar preservativos Evitar las drogas No compartir agujas	Según el criterio médico
Accidente	-	Uso de cinturón de seguridad, casco. No ingerir alcohol	Anual
Salud bucal	-	Cepillado dental 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

Alvarez Sintes, R. (2005). *Salud Familiar. Manual del Promotor.* 2da. ed., Maracay: Ed. MSDS/IAESP/Misión Barrio Adentro/ MES/Misión Sucre. Recueprado de: https://www.academia.edu/34531360/Salud_Familiar_manual_promotor

García Nápoles, J.E. (2001). Atención al adulto. En Alvarez Sintes, R. *et al. Temas de Medicina General Integral,* Vol. I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

García Nápoles, J.E., Alvarez Sintes, R., Santiesteban Zaldívar, D., Marina García R., (2000). *Manual para el médico y la enfermera de la familia.* La Habana: Editorial AGCD.

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019.* Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. [citado 20/01/2021]. Recuperado de:https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf

_____ (s/f). *Carpeta Metodológica para la APS.* La Habana: Minsap

_____ (2011). *Programa del médico y la enfermera de la familia.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

Organización Panamericana de Salud (2017). *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina;* [Acceso: 06/02/2018]. Recuperado de:http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 58
Atención al trabajador

Guillermo José López Espinosa y Roberto Alvarez Sintes

Está confirmado y aceptado universalmente 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 una vida productiva.

En Cuba, los servicios de atención médica preventivo-curativos para el trabajador se brindan en los tres niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. En el nivel primario los servicios médicos de la atención primaria de salud, en el nivel secundario la consulta de enfermedades profesionales y el trabajo de las comisiones de peritaje médico laboral y en el nivel terciario se encuentran los servicios del Instituto Nacional de Salud y Atención al Trabajador.

El médico de la familia, para brindar una atención integral a los trabajadores dispensarizados en su área, requiere de conocimientos sobre salud ocupacional o laboral, los que, según la Organización Mundial de la Salud, tienen como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todo daño a la salud por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud, colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas. Esta organización promueve desde el 2008 la aplicación de un plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores a nivel nacional e internacional.

Factores de la tríada en la salud ocupacional

En el proceso salud-enfermedad se producen interacciones entre el o los agentes causales, el ambiente y el huésped susceptible, los tres componentes de la tríada ecológica, los que están presentes también en la salud ocupacional.

Riesgo laboral. Posibilidad de que un trabajador sufra determinado daño derivado del trabajo. La calificación de su gravedad dependerá de la probabilidad de ocurrir el daño y de su severidad.

Factor de riesgo laboral. Se considera un factor de riesgo todo objeto, sustancia, forma de energía o características de la organización del trabajo que pueden contribuir a provocar un accidente de trabajo o daños a la salud de los trabajadores.

La organización y el ambiente de trabajo, y las condiciones técnico-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.

Clasificación de los riesgos ocupacionales:

– Físico-mecánicos: traumatismos o accidentes laborales (golpes, caídas, contactos, atrapamientos, entre otros).
– Físicos no mecánicos: microclima (temperatura, velocidad de aire y humedad relativa), ventilación, ruidos, vibraciones, radiaciones (ultravioletas, ionizantes, infrarrojas y electromagnéticas), iluminación (por exceso o por defecto), hiperpresión, entre otros.
– Químicos: gases, vapores, líquidos, aerosoles, polvos (orgánicos e inorgánicos), humos, nieblas, otros.

– Biológicos: virus, bacterias, hongos, espiroquetas, parásitos, otros.
– Psicofisiológicos: condiciones de trabajo, susceptibilidad individual, estrés mantenido, cadenas de trabajo, confinamiento, cromatismo industrial, entre otros.
– Ergonómicos: posturas de trabajo, sobreesfuerzo, manejo manual de materiales, movimientos repetitivos, lesiones músculotendinosas de origen laboral, inadaptación del puesto de trabajo al hombre, diseño de puestos de trabajo, seguridad y 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. Los riesgos se pueden clasificar según los factores a que estén expuestos los trabajadores. Por ejemplo, en una industria azucarera se agruparían a los trabajadores expuestos a riesgos físicos, después a los expuestos a riesgos químicos y por último a los expuestos a riesgos biológicos y psicofísicos, si los hubiera. Las industrias textiles y metalúrgicas por lo general solo poseen riesgos físicos y químicos.

Otros sectores controlan los riesgos por departamentos y dentro de estos los clasifican según los factores peligrosos o nocivos, lo cual ayuda a planificar el número de controles médicos periódicos anuales que se realizarán a cada trabajador, según su exposición.

Ramas de la economía con mayores riesgos:
– Industria azucarera: sector agrícola, del transporte e industrial.
– Industria minera: para su identificación hay que observar:
  • Tipo de mina: cielo abierto o subterránea.
  • Productos que se obtienen: metálicos, no metálicos o combustible.
  • Tipo de proceso: extracción o minados y beneficios.
– Industria pesquera: 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 están más expuestos a las condiciones meteorológicas.
– Construcción: sector de la producción de materiales, sector de la construcción de obras o sector abierto.
– Industria textil: fibra suave o dura, fibra artificial, sintética.
– Industria metalúrgica: altas temperaturas, ruido y productos químicos.

Accidentes de trabajo

El accidente de trabajo es un hecho repentino relacionado por su causa con la actividad laboral que produce lesiones al trabajador o su muerte (véase el capítulo 99, "Accidentes").

Para determinar cada uno de los riesgos a los que está o puede estar potencialmente expuesto un trabajador en los diferentes sectores o áreas ocupacionales es imprescindible conocer algunas definiciones que facilitarían la labor del médico general integral.

Definiciones necesarias:
– Causalidad. Relación entre la causa y el efecto.
– Causa. Elemento que produce el fenómeno o 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.

Los siguientes elementos son importantes para determinar si un hecho constituye un accidente de trabajo:
– 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 la aparición de lesión, sea incapacitante o no; cuando no exista no es un accidente de trabajo, sino una interrupción u otro.

La investigación de los 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?

Protección e higiene del trabajo

Planes de medidas de prevención. Estos planes para evitar accidentes laborales requieren un estudio prospectivo que se divide en fases:
– 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, entre otros.
– Evaluación de las condiciones. Puntos esenciales, soluciones y propuestas.
– Evaluación y discusión del plan de medidas. Medidas y alternativas de solución, jerarquización de los puestos.
– Aplicación, control y evaluación. Ejecución de las medidas, evaluación económica, técnica y generalización de estas a puestos de trabajo similares.

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.

Clasificación de los medios técnicos de protección:
– 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 de forma personal de un daño o riesgo.

Requisitos para seleccionar los 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.

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 trabajador, la conservación de la salud y la capacidad laboral 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 58.1).

Tabla 58.1. 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

Chequeo médico al trabajador

La Ley No. 116 Código de Trabajo, emitida el 20 de diciembre del 2013, establece en su artículo 138 la obligación del empleador de exigir que los trabajadores se sometan a exámenes médicos a fin de determinar si se encuentran física y mentalmente aptos para la labor de que se trate; los trabajadores tienen el derecho y el deber de someterse a exámenes médicos en las fechas que les sean señaladas. Asimismo, dispone que el Ministerio de Salud Pública define el listado de cargos o actividades que por sus características requieren la realización de estos exámenes, sus especificidades y periodicidad.

Existen tres tipos de chequeos médicos dirigidos a los trabajadores:
– Preempleo. Recomendables antes del comienzo del trabajo o dentro de los primeros 30 días laborables.
– Periódico. Según la exposición se indican las fechas de la periodicidad.
– Reintegro al trabajo. Después de un certificado o de un peritaje médico temporal.

Examen médico preempleo. Pretende valorar la capacidad del 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. Se realizará previa solicitud por escrito de la administración de la entidad al centro médico correspondiente. La solicitud de la entidad laboral debe contener la información necesaria acerca de las características del puesto de trabajo según el calificador de cargo, las exigencias y demandas de la tarea, jornadas de trabajo, condiciones ambientales de riesgo y cualquier otra información que se requiera para la evaluación médica.

Requisitos:
– Antecedentes patológicos personales. Para conocer afectaciones en labores anteriores, enfermedades padecidas o presentes, intervenciones quirúrgicas, traumas, que haya padecido el futuro trabajador.

– Antecedentes patológicos familiares. Para conocer si existen enfermedades o factores hereditarios importantes (diabetes *mellitus*, cardiopatías, hipertensión arterial, enfermedades neurológicas hereditarias, otras).
– Historia ocupacional anterior, si la posee. Para conocer afectaciones a la salud, enfermedades adquiridas, accidentes laborales o exposiciones a riesgos importantes.
– Examen físico completo, incluyendo todos los aparatos y sistemas.
– Inmunizaciones recibidas.
– Exámenes de laboratorio generales y específicos, según el riesgo a que se expondrá.
– Realizar recomendaciones higiénico-dietéticas y terapéuticas pertinentes.
– Por último, se confecciona el informe sobre la aptitud ante el trabajo a realizar, que indica:
  • Nombre y apellidos 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 de forma permanente para ese puesto de trabajo.
  • Firma del médico y nombre y apellidos de este.
  • Cuño de la unidad donde se realizó el examen médico.

Examen médico periódico. Su objetivo es verificar, a los efectos de la permanencia en el tipo de labor que esté realizando el trabajador, si 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.

Requisitos:
– Descubrimiento precoz de enfermedades e intoxicaciones personales.
– Control médico de seguridad.
– Prevención de enfermedades transmisibles.
– Diagnóstico de afecciones crónicas.
– Propuesta, a la Comisión de Peritaje Médico Laboral, de cambio de puesto de trabajo.
– Conclusiones diagnósticas y de aptitud para continuar en su puesto de trabajo.

Examen de reintegro al trabajo. El objetivo de este examen es determinar si el trabajador se ha curado satisfactoriamente o si ha quedado algún grado de invalidez definitiva o temporal. Incorporarlo a la sociedad en caso de que la cura sea satisfactoria, para mejorar su bienestar psíquico y económico y siga siendo útil.

El cambio de un puesto de trabajo temporal o permanente solo lo autoriza de manera legal una Comisión de Peritaje Médico Laboral, al igual que la reincorporación posperitaje.

Discapacidad en el trabajador

La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en el rendimiento funcional y la actividad habitual que el trabajador realiza. Es la disminución de la función y la pérdida de la capacidad, habilidad o destreza para realizar, la misma actividad u otra nueva (véase el capítulo 91, "Rehabilitación en la comunidad").

Para entender mejor las diferentes condiciones que pueden afectar a un trabajador, se deben tener en cuenta las definiciones siguientes:
– Deficiencia. Pérdida o anomalías 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; es decir, las desventajas sociales, laborales, familiares, educacionales.
– Impedido. Es la 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) o permanente (parcial o total). La severidad de la invalidez va a estar condicionada por factores contextuales ambientales (Ej.: una sociedad con barreras) o personales (Ej.: baja disponibilidad de ayuda).

Existen diversos grados de discapacidad según las funciones afectadas:
– Grado I: discapacidad nula. La deficiencia no limita las actividades de la vida diaria 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 actividades de la vida diaria, incluyendo su actividad laboral.
– Grado V: discapacidad grave. Imposibilidad para todas las actividades de la vida diaria y laboral.

La etiología de la discapacidad 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.

La discapacidad puede ser de varios tipos:
– Discapacidad psíquica. Provocada por algunas sustancias nocivas y estrés.
– Discapacidad física. Provocada por accidentes, enfermedad común o profesional.
– Discapacidad intelectual. Provocada por accidentes o sustancias nocivas.
– Discapacidad auditiva. Puede ocasionarla la hipoacusia debida a accidente del trabajo, enfermedad común o profesional.
– Discapacidad visual. Provocada por accidente del trabajo, enfermedad común o profesional.

Factores de riesgo de discapacidad:
– Predisponentes: alteraciones genéticas, biológicas, grado de inmunidad, estado nutricional, falta de equipos de protección personal y colectiva, edad, sexo, 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 poder incorporarse al mismo empleo.
– No recreación.
– Dependencia.
– Marginalidad en algunos países.
– Pobreza en algunos países.
– Morbilidad y mortalidad.

Estrategia de prevención de las 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, 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 provocadas por accidentes o enfermedades profesionales o comunes; sin olvidar el carácter eminentemente preventivo de la atención primaria de salud (véase el capítulo 47, "Factores de riesgo y prevención", y el capítulo 121, "Alteraciones de los lípidos").

La rehabilitación, como todo proceso sistemático, continuo, progresivo e integral, parte de los potenciales del trabajador o individuo y busca llevar al máximo la capacidad física, psíquica, laboral y social. Se desarrolla a través de tres formas fundamentales con el objetivo de reintegrarlo a una vida útil y a la sociedad.

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 en especial 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 la rehabilitación en Cuba, lo cual es derecho de todos los trabajadores y del pueblo en general, de forma gratuita y con la participación de los organismos de masas.

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. Busca 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 a través de múltiples formas, mediante la quinesiterapia, 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.

Los resultados que se esperan 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

Almirall, H.P.J. (2018). Una propuesta de nuevo paradigma para ejercer la salud y seguridad en el trabajo. *Rev. Cub. Salud. Trab.,* 19 (3). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol19_3_18/rst08318.pdf

Castejón, C. J., Company, E. A., Fábrega, G. O. (2014). *Riesgos medioambientales y laborales.* España: Elsevier, pp. 302-4.

Fariñas, A. L. (2015). Salud de los trabajadores. Más que un asunto ocupacional. *Granma* (8 de diciembre). La Habana. pp. 3. Recuperado de: https://www.granma.cu/cuba/2015-12-07/mas-que-un-asunto-ocupacional-07-12-2015-23-12-59

Lage, D. C., Almirall, H. P., Suárez, J. A., Pérez, A. Y., Lima, M. R., Fernández, D. I. (2015). Costo de los exámenes médicos preventivos en trabajadores. *Rev. Cub. Salud Pública,* 41(4). Recuperado de:http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/515/382

Ley No. 116 del Código de trabajo, 17 de junio de 2014. Asamblea Nacional del Poder Popular, Cuba. Recuperado de: https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/ley-no-116-codigo-de-trabajo

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2015). *Modelo de examen médico periódico*, 87-06. La Habana: Minsap.

_____ (2015). *Modelo de examen médico de preempleo*, 87-01. La Habana: Minsap.

_____ (2015). *Modelo de examen médico reintegro*, 87-23. La Habana: Minsap.

_____ (2015). *Programa Nacional de Salud de los Trabajadores.* La Habana: Minsap.

Organización Internacional de Trabajo (2017). *Construir una cultura de prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo.* Recuperado de:http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/how-the-ilo-works/ilo-director-general/statements-and-speeches/WCMS_364085/lang–es/index.htm

Portal Infomed (CUB) (2016). Salud ocupacional en Cuba. *Salud Vida.* Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

Resolución No. 283 de 17 de junio de 2014. (En Archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP). La Habana: Ministerio de Salud Pública.

Resolución No. 284 de 17 de junio de 2014. (En Archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP). La Habana: Ministerio de Salud Pública.

Rodríguez, R. L. (2014). Atención al trabajador. En: Alvarez Sintes y cols. (2014). *Medicina General Integral.* Vol.II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 474-79. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-volumen-ii-salud-y-medicina-tercera-edicion/

Robaina, A. C. y Ávila, R. I. (2016). La aplicación de la epidemiología ocupacional en la prevención de los accidentes del trabajo. *Rev Cub. Salud Trab.,* 17(4). Recuperado de:http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol17_4_16/rst09416.htm

Trujillo, B.W.J., Román, H.J.J., Arredondo, N.O.F., Hernández, R. J. S., Jova, L. Y., Labañino, V.Y. (2017). Estado de salud y su percepción en trabajadores cubanos de diferentes sectores ocupacionales. *Rev.Cub. Salud Trab.,* 18(3). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol18_3_17/rst10317.htm

Capítulo 59
Atención en centros laborales

Guillermo José López Espinosa y Roberto Alvarez Sintes

Corresponde a la atención primaria de salud en Cuba asegurar una adecuada provisión de servicios sanitarios a los trabajadores, por lo que la salud y la seguridad en el trabajo, así como la atención médica, se consideran partes indisolubles y son objetos de permanente preocupación. Además, los elevados índices de ocupación, la gran proporción de individuos en edad laboral y el reto del envejecimiento sostenido de la población cubana imponen hoy la necesidad de implementar acciones específicas para el tratamiento de la salud de los obreros, para poder incidir de modo positivo en su calidad de vida, así como contribuir al desarrollo socioeconómico.

A nivel de país se establece una red de vigilancia a través de los diferentes programas de higiene y epidemiología, entre ellos el Programa Nacional de Salud de los Trabajadores, que unifica los aspectos metodológicos y las acciones de salud dirigidas al individuo, el colectivo laboral y el entorno. En dependencia del número de trabajadores, el nivel de peligrosidad e importancia económica y social para el territorio, se ubican en los centros laborales los equipos básicos de salud. Estos equipos tienen 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, para lo cual se utilizan como herramientas básicas la educación para la salud y la comunicación social.

La atención médica integral por parte del médico y la enfermera de la familia deberá considerar como una unidad los aspectos curativos con los preventivos, lo biológico con lo social, así como las condiciones del ambiente físico que se encuentran en interacción con el individuo y su colectividad, los que condicionan el proceso salud-enfermedad.

Funciones del médico de familia

El trabajador se desenvuelve como integrante de la comunidad y se expone a los factores de riesgo del ambiente ocupacional y social. El médico de familia en un centro laboral deberá encaminar sus esfuerzos a lograr una mayor vinculación a la atención primaria de salud, al fortalecimiento de los grupos básicos de trabajo y a alcanzar una mayor participación de los propios trabajadores y directivos en la solución de los problemas del medioambiente inmediato, del puesto de trabajo y el entorno laboral.

Las acciones de salud en un centro de trabajo deben estar dirigidas a:

– Asesorar la atención integral a la salud de los trabajadores.
– Responsabilizarse con el equipo básico de salud y la confección de documentos:
  - 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 del centro de trabajo para:
  - Asesorar a la administración sobre 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.

– 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

El médico de familia en un centro laboral deberá atender e insistir en:

– La adecuada higiene personal, colectiva y de 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.
– 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.
– Control o eliminación del hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas.
– Realizar actividades educativas que promuevan adecuados hábitos alimentarios.
– Promover las donaciones de sangre y controlar los donantes de su área.
– Reconocer la importancia del chequeo preempleo, periódico y de reincorporación del trabajador.

Prevención

Para la prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud deberá ocuparse de:

– 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 de manera individual 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 incluirán:
  - Evaluaciones según grupo dispensarial.
  - Inmunizaciones.
  - Citología orgánica a las trabajadoras.
  - Exámenes específicos de acuerdo con la exposición al riesgo.

– Identificar a las personas con factores de riesgo dañinos a la salud como tabaquismo, dislipidemias, obesidad, hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, alcoholismo, sedentarismo 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 y 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, junto 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 al 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. Llevará un control de los accidentes que se produz-

can con nombre y apellidos del lesionado, 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

En un centro laboral el médico general integral deberá:
– Atender 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

Para la rehabilitación de los trabajadores afectados deberá:
– Coordinar la rehabilitación 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.

Docencia e investigación

La docencia y la investigación son tareas que no debe dejar de realizar el médico general integral insertado en centros de trabajo. Para cumplirlas deberá:
– 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, debe ser ejemplo ante los estudiantes y residentes, mantener su superación científica, política y técnica, transmitiendo los valores que caracterizan al profesional de la salud.
– Desarrollar investigaciones que respondan a los problemas identificados en el análisis de la situación de salud.
– Coordinar, conjuntamente 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

Ávila, R. I., Robaina, A. C., González, M. A., Oliva, O. E., Fernández, L. B.L., Núñez, A.N. (2016). Razones para reorientar la salud ocupacional en la atención primaria. *Rev Cub. Salud Trab.,* 17 (4). Recuperado de:http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol17_4_16/rst07416.htm

López, E.G.J., Barceló, M.Z. (2014). Atención en centros laborales. En: AlvarezSintes y cols. (2014). *Medicina General Integral.* V.II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 480-82. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-volumen-ii-salud-y-medicina-tercera-edicion/

López, E.G.J., Lemus, L.E.R, Cañizares, L. O. (2016). La superación profesional del médico de familia para la atención al trabajador. *Acta Méd. Centro,* 10 (3) Recuperado de:http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/690

López, E.G.J., Lemus, L. E.R., Valcárcel, I. N., Yeras, A.I.B., Beltrán, G.B.M., Pérez, B.E. (2018). Identificación de necesidades de aprendizaje en materia de salud ocupacional por el especialista en Medicina General Integral. *Educ Méd.Sup.,* 32(3). Recuperado de:http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1455

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2011). *Programa del médico y la enfermera de la familia.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

_____ (2015). *Programa Nacional de Salud de los Trabajadores.* La Habana: Minsap.

Pupo, Á.N.L., Hernández, G.L.C., Presno, L. C., Oramas, G.R., Toledo, S.H. (2017). La formación médica en promoción de salud desde el enfoque de los determinantes sociales. *Rev.Cub.Med. Gen.Integ.,* 36 (2). Recuperado de:http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/264

Quintanilla, G.F.F., Viera, H.Y., González, P.J.O. (2017). La educación ambiental desde lo curricular: tarea pendiente en la formación de los futuros profesionales. *Edumecentro,* 9(4). Recuperado de:http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1025

Rodríguez, Á.F., Páez, G.R.E., Altamirano, V.E.J., Paguay, C.F.W., Rodríguez, A.J.C., Calero, M.S. (2018). Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educ.Méd.Sup.,* 31(4). Recuperado de:http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1366

Sánchez, V.G. (2016). Promoción de salud en puestos de trabajo de visualización de pantallas**.** *Rev.Cub.Med. Gen.Integ.,* 35 (3). Recuperado de:http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 60
Atención en centros educacionales

Guillermo José López Espinosa y Roberto Alvarez Sintes

La salud escolar está insertada en la salud ambiental y su principal objetivo se ajusta al concepto actual de resiliencia, que sería, identificar y promover factores protectores que impidan que escolares, adolescentes y jóvenes expuestos a riesgos sufran daño.

A partir del conocimiento de los factores individuales (autoestima, autonomía, educación, proyecto de vida, creatividad), familiares (hogar estructurado, tutoría, recreación) y de la comunidad (ambiente de aceptación al adolescente, respeto, promoción de sus derechos) se fortalecen las personas expuestas a estas situaciones adversas en su aspecto biopsicosocial y las acciones resultan de mayor provecho para su desarrollo personal.

En la última década, el análisis del cuadro epidemiológico a nivel mundial evidencia un aumento 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 ocasionarse en 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. 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 los individuos 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.

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.
– Responsabilizarse con el equipo de salud y la confección de documentos de trabajo:
  - 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.
– Establecer estrecha relación con el consejo popular, consejo de padres, organizaciones estudiantiles y demás entidades de la comunidad.

– 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.
– 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.

Estas consisten en:

– Realizar actividades educativas que promuevan la higiene personal, colectiva, ambiental y preserven la salud del escolar y de los 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 u 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, del examen preempleo periódico y de reincorporación del trabajador.

Prevención

Para la prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud deberá ocuparse de:

– Dispensarización del 100 % de los estudiantes y de los 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 que puedan ser consecuencia del proceso.
– 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 el tabaquismo, dislipidemias, obesidad, hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, alcoholismo, sedentarismo y otras adicciones, malos hábitos alimentarios, polifarmacia; todo con el propósito de realizar acciones individuales y en grupos específicos del centro de estudio para evitar enfermedades crónicas no transmisibles.
– Detectar y realizar acciones para modificar situaciones escolares generadoras del estrés psicosocial y 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 la pesquisa 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.
– 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 diversas.
– 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

En un centro educacional el médico general integral deberá:
– 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 remitir 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 requiere.
– 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

Para la rehabilitación de estudiantes y trabajadores afectados deberá:
– Coordinar la rehabilitación 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 las limitaciones en los educandos 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 e investigación

La docencia y la investigación son tareas que debe realizar el médico general integral insertado en centros educacionales. Para cumplirlas deberá:
– 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, debe ser ejemplo ante los estudiantes y residentes, mantener su superación científica, política y técnica, así como transmitir los valores que caracterizan al profesional de la salud.

– Desarrollar investigaciones que respondan a las prioridades planteadas en el Análisis de la Situación de Salud.
– Realizar proyectos de investigación relacionados 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

Al igual que en los centros educacionales tratados antes el universo de estos centros está integrado por niños, maestros y demás trabajadores de la enseñanza, así como el ambiente natural y social que los rodea.

Las actividades a desarrollar por el equipo básico de salud en estos centros estarán orientadas a:

– Dirigir y asesorar la atención integral de la salud de los niños y trabajadores.
– Responsabilizarse del equipo de salud y de la confección de documentos priorizados:
  • 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

Las actividades de promoción se realizan utilizando como herramientas básicas la educación para la salud, la comunicación social, así como la participación comunitaria.

Estas consisten en:

– Orientar al personal y a la familia para elevar al máximo la calidad de los cuidados integrales al niño, la calidad 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.
  • Infecciones respiratorias agudas.
  • Enfermedades de transmisión digestiva.
  • Parasitismo intestinal.
  • Higiene personal y colectiva.
  • Escabiosis y pediculosis.
  • Accidentes.
  • Hábitos tóxicos.
– Promover la incorporación de niños, de 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. Se tratarán los siguientes temas: higiene bucal, aseo corporal, alimentación adecuada.
– Estimulará el consumo de frutas y vegetales, el lavado de las manos antes de ingerir y manipular alimentos, el lavado adecuado de los alimentos y el control de los residuales y del ambiente saludable.
– 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.

Prevención

Para la prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud deberá ocuparse de:

– 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 y 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

En los círculos infantiles, el médico general integral deberá:

– 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

Para la rehabilitación de niños y trabajadores afectados deberá:

– Coordinar la rehabilitación 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 e investigación

Para cumplir con las tareas de docencia e investigación el médico general integral insertado en los círculos infantiles deberá:

– 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 profesores, deben ser ejemplo ante los estudiantes y residentes, mantener su superación científica, política y técnica, transmitiendo los valores que caracterizan al profesional de la salud.
– 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.

Se recomienda ver el capítulo 23, “Salud escolar”.

Bibliografía

Company, M. M. (2019). Recontextualización de los discursos sobre salud en los escolares. *Rev.Cub. Salud Púb.,* 45(1). Recuperado de:http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1004

Fernández, D.Y., Ortiz, M. M., Aguilar, V. J., Pérez, S. D., Serra, L. S. (2017). Hábitos tóxicos en adolescentes y jóvenes con problemas de aprendizaje, 2011-2013. *Rev.Cub. Salud Púb.,* 43(1). Recuperado de:http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/525

López, E.G.J., Barceló, M.Z. (2014). Atención en centros educacionales. En:AlvarezSintes R. *et al. Medicina General Integral.* Vol. II.La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 483-87. Recuperado de:http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-volumen-ii-salud-y-medicina-tercera-edicion/

López, E. G.J., Quintana, M. R., Ramos, A. E. (2015). La salud escolar como función de atención médica integral por el equipo básico. *Acta Méd. Centro,* 9 (2). Recuperado de:http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/viewFile/261/416

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2011). *Programa del médico y la enfermera de la familia.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de:http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

_____ (2015). *Programa Nacional de Salud de los Trabajadores.* La Habana: Minsap.

O´Farril, M. C., Borroto, P.S. (2014). Salud escolar. En: AlvarezSintes R. *et al. Medicina General Integral.* Vol. II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 160-62. Recuperado de:http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-volumen-ii-salud-y-medicina-tercera-edicion/

Rodríguez, Á.F., Páez, G. R.E., Altamirano, V. E.J., Paguay, C.F.W., Rodríguez, A. J.C., Calero, M. S. (2018). Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educ Méd Sup,* 31(4). Recuperado de:http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1366

Toledo, M. A., Cabrera, R. I. (2016). Formación laboral en atención médica integral desde las tareas docentes de la asignatura Psicología I. *Educ Méd Sup,* 30(3). Recuperado de:http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/594

Capítulo 61
Atención al adulto mayor

Jesús Menéndez Jiménez, Lilliams Rodríguez Rivera, Nancy Magalys Ojeda Hernández, Norma América Cardoso Lunar, Niurka Cascudo Barral, Alina María González Moro, Luis Felipe Heredia Guerra y Bárbara Mayra Leyva Salerno

El envejecimiento es una manifestación de 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. 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 siglo xxi se caracteriza por su envejecimiento. 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 desde esa época hasta hoy, el promedio aumentó casi 30 años. Ese hecho, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un importante reto si no se pueden brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que de él se derivan.

Envejecimiento poblacional en el contexto mundial

Se define al 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, estas han tenido un papel diferente en cada etapa a lo largo del tiempo. 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, en dependencia de cuál es el grupo de edad donde se produce la disminución. Las migraciones son el tercer factor que influye, pues los flujos migratorios, tanto internos como externos, pueden llevar al aumento de las proporciones de adultos mayores en una población determinada.

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, en el 2006, la cifra se incrementó a más de 50 millones; de esta forma 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 se produce sin el respaldo del desarrollo económico que 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 se caracteriza por su heterogeneidad. Existen países con distintas etapas de envejecimiento de su población, mientras que Bolivia, Guatemala o Haití poseen un envejecimiento poblacional incipiente, otros como Uruguay, Argentina, Barbados y Cuba presentan un envejecimiento avanzado.

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.

Si se utiliza el llamado índice de envejecimiento es fácil demostrar el por qué Cuba exhibe uno de los envejecimientos más importantes del mundo. En el año 2000 había unos 64 adultos mayores por cada 100 niños, actualmente hay más de 100 adultos mayores por cada 100 niños. En el año 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, 77,98 años para ambos sexos.

El proceso de envejecimiento de la población cubana ocurre, sobre todo, a partir de la segunda mitad del siglo xx y demográficamente ha tenido varias explicaciones:

Acelerada declinación de la fecundidad: Ha sido el factor clave del proceso durante todo este siglo. 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. El crecimiento ha continuado a partir de entonces por debajo de dicho nivel; su valor más reducido se registró en el año 2006 con 1,39. Más de tres décadas con esta situación ha provocado que las cohortes de los recién nacidos comiencen a ser menores que las cohortes que le anteceden, y la proporción de personas de 60 años y más aumente con respecto al total de la población. Esto se conoce como proceso de envejecimiento poblacional.

Relación inmigración-emigración: La entrada al país de alrededor de un millón 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 %), pero, a partir de ese momento la emigración superó a la inmigración.

Disminución de la mortalidad: A pesar de lo anterior, el mejoramiento del nivel de mortalidad puede señalarse como el principal componente del envejecimiento durante el periodo de 1900 a 1960 y, aunque después la disminución de la fecundidad fue el factor de mayor relevancia, la mortalidad continuó disminuyendo de forma acelerada. La esperanza de vida al nacer aumentó en 22 años durante este periodo, lo que 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.

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 periodo de 2005 a 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, 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 comienza a manejarse 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 del envejecimiento

Más del 80 % de las personas de 60 años o más en Cuba refieren padecer al menos de una enfermedad crónica (tabla 61.1). 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 61.1. Personas de 60 años y más en Cuba que refieren padecer enfermedades crónicas en 2011

Edad (años)	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, la artrosis, la cardiopatía isquémica y los problemas nerviosos, entre otras. En general refieren que estas enfermedades interfieren mucho en su vida diaria (tabla 61.2).

Tanto las enfermedades crónicas como la mayoría de los problemas geriátricos impactan sobre los sistemas de salud, en particular en la atención primaria.

Al prolongarse la vida de las personas se produce:

– Mayor acumulación de enfermedades en la misma persona.
– Prolongado seguimiento médico y mayor dedicación de los equipos de salud.
– Mayor demanda de los servicios de larga duración, que comienzan a ser mayores que los de corta duración.

Tabla 61.2. Frecuencia por autorreporte de enfermedades crónicas seleccionadas en personas mayores de 60 años (Cuba, 2011)

Enfermedad o padecimiento	Total de enfermedades crónicas	60 a 74 años	75 años y más	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 cerebrovascular	6,2	4,7	9,9	5,7	6,7	49,9

Los problemas geriátricos en los adultos mayores muchas veces son infradiagnosticados por distintos motivos, unas veces por desconocimiento médico y otras por considerarse, por los propios adultos mayores o sus familiares, como normales en estas situaciones. En la consulta médica en ocasiones 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 apreciarse en la figura 61.1. 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 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.

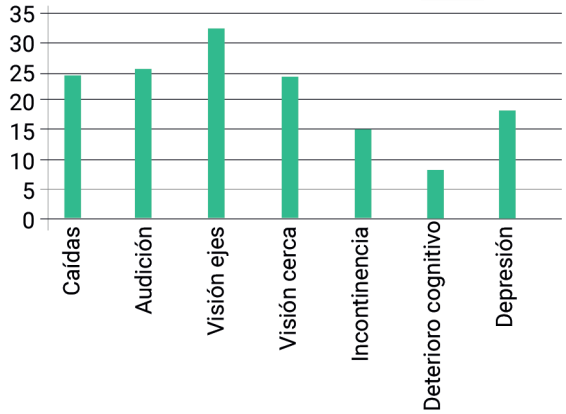


Fig. 61.1. Cifras de prevalencia de problemas geriátricos en La Habana, 2000.

Las principales causas de muerte, dentro de este grupo poblacional, se corresponden con las afecciones propias de las edades avanzadas. Las tres primeras son las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares.

Prevención de problemas de salud

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 la vida.

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 un uso más frecuente de los servicios sociales y de salud, lo cual ocasiona mayores gastos. Para enfrentar el 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, basados en la evidencia, intervenciones que promuevan salud y autonomía a estas personas, y así minimizar el impacto de la carga de enfermedades asociadas al envejecimiento.

Principios generales de la prevención de problemas en el adulto mayor

– 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, si es una persona sana, padece alguna enfermedad crónica o es frágil. Los adultos mayores sanos no tienen enfermedades crónicas o tienen solo alteraciones mínimas y son independientes. 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 y pueden ser funcionalmente independientes o tener 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 de las condiciones geriátricas.
– Seleccionar de manera racional 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, aunque con algunas variantes en su expresión.

Prevención primaria. Se aborda la enfermedad antes de que aparezca y poder reducir o eliminar los factores de riesgo. Es viable cuando se conocen las causas, las 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:
– Educación para la salud:
  • 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, entre otras.
  • Programas de autocuidado.
– Inmunización.
– Quimioprofilaxis.

Entre las acciones principales de la educación para la salud 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 la 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 tradiciones, juegos y bailes acorde con las necesidades de los adultos mayores.
– Incluir conocimientos relacionados con el tema del 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.

Entre las acciones de consejería sobre nutrición 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.

Entre las acciones de consejería sobre actividad física están:
– Recomendar ejercicios de equilibrio: baile, taichí, al menos tres veces a la semana.

– Sugerir ejercicios de flexibilidad, al menos 15 min de estiramiento estático con cada grupo muscular; y levantamiento de pesas, tres grupos de 8 a 15 repeticiones, al menos dos veces por semana con cada grupo muscular.
– Caminar al menos 30 min 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.

Entre las acciones de consejería sobre salud bucal están:
– Asesorar sobre una higiene dental correcta, cepillado diario de los dientes.
– Incentivar políticas de fluoración del agua y uso de pastas dentales con flúor.
– 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.

Acciones para el entrenamiento de funciones intelectuales y la práctica de integración social:
– 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 televisión.
– 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.

Acciones para la preparación y adaptación al envejecimiento:
– 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.

Acciones de consejería para la práctica del 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 estas y de sus factores de riesgo, por parte de los pacientes y otro personal entrenado.

Acciones para la inmunización. Su principio general es mantener actualizado el carnet de vacunación. La prevención consiste en:
– Vacuna antigripal: Debe administrarse a todos los adultos mayores, cada año, en otoño, 0,5 mL por vía intramuscular.
– Vacuna antineumocócica: Debe administrarse 0,5 mL, por vía subcutánea o intramuscular, 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: Deben recibir una dosis de 0,5 mL por vía intramuscular, como mínimo, una vez cada 10 años. 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.

Prevención secundaria. Es aquella que permite identificar una enfermedad establecida en un periodo presintomático, para curarla de 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:
  • 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.

– Utilización del examen periódico de salud. Debe realizarse a todos los adultos mayores con una periodicidad anual.
– Dispensarización del adulto mayor.
– Valoración geriátrica integral.

Prevención terciaria. Trata y minimiza las complicaciones de la enfermedad una vez que se presenta. Está dirigida a reducir o eliminar las deficiencias, discapacidades y minusvalía que pueden presentarse después de una enfermedad. 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 medioambiente 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 provocadas por determinadas enfermedades crónicas, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, diabetes *mellitus,* hipertensión arterial, enfermedad de Parkinson, osteoporosis, artritis, fracturas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (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.
– La rehabilitación en adultos mayores con caídas es un programa de educación física que persigue que el adulto mayor aprenda a levantarse, la reeducación progresiva de la marcha y que este realice ejercicios para el equilibrio y ejercicios para incrementar la rapidez de la reacción.
– Rehabilitación cognitiva con aplicación de terapia ambiental mediante programas específicos y actividades de orientación a la realidad.
– Rehabilitación en pacientes con incontinencia urinaria a través de entrenamiento vesical, ejercicios de Kegel y electroestimulación.
– Utilización de órtesis y prótesis como lentes, audífonos, sillas de ruedas y bastones.
– Rehabilitación de enfermedades crónicas que pueden traer complicaciones (tabla 61.3).

Tabla 61.3. Enfermedades crónicas que pueden traer complicaciones en los adultos mayores

Condición	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria	Medidas preventivas
Artritis	Efectiva	Ambigua	Efectiva	Eliminar el peso de las articulaciones Actividad física moderada Tratamiento temprano de la artritis reumatoidea Rehabilitación de las discapacidades
Problemas dentales	Efectiva	Efectiva	Efectiva	Higiene bucal, profilaxis dental Examen periódico de la cavidad bucal 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 del hábito de fumar Control de la hipertensión Control de la hipercolesterolemia Administrar baja dosis de ácido acetilsalicílico y rehabilitación
Problemas visuales	Ambigua	Efectiva	Efectiva	Eliminar el 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 Terapia de reemplazo de estrógenos

Tabla 61.3. Continuación

Condición	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria	Medidas preventivas
Problemas auditivos	Efectiva	Efectiva	Efectiva	Eliminar el exceso de ruidos Audiometría Prótesis auditivas
Depresión	Ambigua	Efectiva	Efectiva	Evaluación y tratamiento
Enfermedad cerebrovascular	Efectiva	Ambigua	Efectiva	Control de los factores de riesgo, colesterolemia, tabaquismo, hipertensión Administrar bajas dosis de ácido acetilsalicílico Ejercicios físicos moderados Rehabilitación
Dependencia	Efectiva	Ambigua	Muy efectiva	Ejercicios Otras actividades Evaluación y tratamiento específico 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 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 comunes aplicados 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 debido a su permanencia en la comunidad es capaz de abordar los aspectos de salud de los adultos mayores, establecer el seguimiento continuo ambulatorio e incluso el ingreso domiciliario, lo que permite mantenerlo el mayor tiempo posible en su comunidad, garantizando su bienestar y autonomía.

Examen periódico de salud

¿Qué, por qué y para qué se debe realizar un examen periódico de salud? Es la herramienta que tiene el médico y la enfermera de familia para iniciar el proceso de evaluación de las personas mayores. En ningún grupo de edades, tal vez con excepción de los lactantes, es tan importante este procedimiento. Los resultados que en términos de salud se derivan, 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 cada año a los adultos mayores; tendrá en cuenta los aspectos sociales, psicológicos, biomédicos y funcionales. Esta evaluación multidimensional de la salud permite no solo conocer el estado base, sino valorar precozmente cualquier cambio que en ella se produzca.

Los componentes recomendados para el examen periódico de salud son:

– Examen físico.
– Pesquisa de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.
– Pesquisa de condiciones geriátricas.

El médico y enfermera de familia realizan el examen periódico de salud 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, 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, expresada 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) forma parte del examen periódico de salud.

Instrucciones para la escala geriátrica de evaluación funcional. Definir el ítem por la respuesta del paciente; si este no cooperara, se utiliza la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre ítem, marcar el inferior

I. Continencia:
   5. Perfectamente continente.
   4. Ha perdido ocasionalmente el control de la micción.
   3. Incontinencia urinaria con limitaciones en su vida cotidiana.
   2. Incontinencia urinaria que le impide realizar su vida cotidiana.
   1. Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía.

II. Movilidad:
   5. Se moviliza sin limitaciones, afuera y dentro del hogar.
   4. Alguna limitación en la movilidad, en particular con transporte público.
   3. Dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana.
   2. Depende para movilizarse de la ayuda de otra persona.
   1. Se encuentra totalmente confinado a la cama o el sillón.

III. Equilibrio:
   5. No refiere trastorno del equilibrio.
   4. Refiere trastornos del equilibrio, pero no afectan su vida cotidiana.
   3. Trastornos del equilibrio, con caídas y limitación de la autonomía.
   2. Trastornos del equilibrio que lo hacen dependiente en su vida cotidiana.
   1. La falta de equilibrio lo mantiene totalmente incapacitado.

IV. Visión:
   5. Tiene visión normal, aunque para ello use lentes.
   4. Refiere dificultad para ver, pero esto no lo limita en su vida cotidiana.
   3. Dificultad para ver que limita sus actividades cotidianas.
   2. Problemas de la visión que lo obligan a depender de otra persona.
   1. Ciego o totalmente incapacitado por la falta de visión.

V. Audición:
   5. Tiene audición normal, aunque para ello use prótesis auditiva.
   4. Refiere dificultad para oír, pero esto no limita su vida cotidiana.
   3. Dificultad para oír, con algunas limitaciones en la comunicación.
   2. Severos problemas de audición que limitan su comunicación.
   1. Sordo o aislado por la falta de audición.

VI. Uso de medicamentos:
   5. No toma medicamentos, no contar suplementos vitamínicos.
   4. Usa menos de tres de forma habitual.
   3. Usa de tres a cinco por más de 1 mes o indicados por varios médicos.
   2. Usa más de seis medicamentos.
   1. Se automédica o no lleva control de los medicamentos que toma.

VII. Sueño:
   5. No refiere trastornos del sueño.
   4. Trastornos ocasionales del sueño, pero no tiene necesidad de somníferos.
   3. Debe usar somníferos para lograr el sueño que lo satisfaga.
   2. Pese al uso de psicofármacos, mantiene trastornos del sueño.
   1. Trastornos severos del sueño que le impiden realizar su vida diaria.

VIII. Estado emocional:
   5. Se mantiene con buen estado de ánimo.
   4. Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda.
   3. Trastornos emocionales lo obligan al uso de psicofármacos.
   2. Mantiene limitación por trastornos emocionales, aun con tratamiento.
   1. Los trastornos emocionales lo incapacitan. Intento o idea suicida.

IX. Memoria:
   5. Buena memoria. Niega trastornos de la misma.
   4. Refiere problemas de memoria, pero no limitan sus actividades diarias.
   3. Trastornos evidentes de memoria que limitan actividades de su vida.
   2. Trastornos de memoria lo hacen dependiente parte del tiempo.
   1. La pérdida de memoria lo mantiene totalmente incapaz y dependiente.

X. Situación familiar:
   5. Cuenta con el apoyo familiar que demandan sus necesidades.

4. Existe apoyo familiar, pero tiene limitaciones en alguna ocasión.
3. El apoyo familiar está restringido a situaciones de crisis.
2. El apoyo familiar es escaso e inseguro, incluso en crisis.
1. Ausencia o abandono familiar total.

XI. Situación social:

5. Buena relación social. Apoyo total por vecinos y amigos.
4. Buena relación social. Tiene apoyo limitado de vecinos o amigos.
3. Relación social limitada. El apoyo se limita a crisis.
2. Relación social limitada. Ausencia de apoyo de vecinos 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. Ocasionalmente tiene dificultad para cubrir necesidades básicas.
2. Habitualmente tiene dificultad para cubrir necesidades básicas.
1. Depende económicamente de la asistencia social.

XIII. 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.

Los pacientes que encuentran mayor beneficio en los cuidados geriátricos son aquellos que resultan frágiles. Una vez realizado el examen periódico de salud y detectados los pacientes que tienen criterios de fragilidad o los 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 una atención más compleja, el médico de familia cuenta con un segundo escalón de apoyo en la atención comunitaria: el equipo multidisciplinario de atención gerontológica.

A continuación, se brindan algunas recomendaciones prácticas que pueden ser útiles en esta pesquisa de salud. Además de los datos de la escala geriátrica de evaluación funcional, en el examen periódico de salud se incluyen otros elementos que han de tomarse en cuenta en la evaluación; con fines didácticos se han dividido en datos generales, antecedentes patológicos personales, examen físico y exámenes complementarios.

Datos generales: En cada examen es necesario reevaluar algunos datos generales que pueden tener 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 el riesgo aumenta ostensiblemente cuando se asocia con otras situaciones desfavorables como los 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 solo sin dificultad, sin embargo, el aumento de limitaciones funcionales que aparece con la edad hace recomendable una vigilancia más estrecha de estas personas para evitar una posible pérdida de la autonomía. La vivienda, que tradicionalmente fue habitada por el paciente puede también convertirse, con el envejecimiento, en un riesgo para su funcionabilidad.

Antecedentes patológicos personales: Por lógica, el adulto mayor puede tener una cantidad de antecedentes patológicos personales que deben tomarse en cuenta al establecer sus posibles riesgos. Por ello es importante interrogarlo sobre enfermedades como hipertensión arterial, 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 como la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y el 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. 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.

Examen físico: El examen físico está dirigido a buscar signos de enfermedades o problemas de salud que, al ser detectados temprano, permitan prevenir las complicaciones o la discapacidad a que pudieran conducir. 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 carotideos, 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, sobre todo 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

Estos síndromes constituyen una forma de presentación de los problemas de salud en los adultos mayores; son un conjunto de cuadros clínicos que habitualmente se originan por la interacción de enfermedades con alta prevalencia en este grupo de edad y que con frecuencia originan incapacidad funcional o social.

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 progresa lleva al individuo a una situación de vulnerabilidad que requiere la utilización de recursos sociales y de salud. Su reconocimiento es muy importante y debe ser buscada sistemáticamente.

La fragilidad como concepto está incluida en el grupo de síndromes geriátricos. Es producida por una declinación acumulativa de funciones fisiológicas 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.

Magnitud del problema. 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, produciéndose gran deterioro funcional.

Etiología. Existen varios factores causales y mecanismos que pueden ser responsables de la fragilidad en el adulto mayor. Entre ellos pueden citarse:

– Causas fisiopatológicas:

- Aterosclerosis. Responsable de enfermedades asociadas a la fragilidad: insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad vascular periférica, accidente vascular encefálico. Se asocia a aumento de citoquinas.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Hipoxia, conlleva un aumento de citoquinas, disminución de función cerebral y muscular, y bajos niveles de testosterona.
- Anemia. Relacionada con la disminución de funcionalidad, alteración de la cognición y mortalidad.
- Diabetes *mellitus*. Aumento de citoquinas y disminución de testosterona.
- Hiperinsulinemia + insulinorresistencia. Hipertensión arterial, hiperglucemia, disminución de HDL, aumento de ácido úrico, alteración de los factores de coagulación, mioesteatosis y disfunción cognitiva.
- Citoquinas aumentadas. Anorexia, anemia, pérdida de masa muscular, aumento de lipólisis con inhibición de la lipoproteína-lipasa, disminución de cognición, modulación del sistema inmunitario, disminución de albúmina plasmática.
- Disminución de niveles de testosterona. Determina la 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. Tienen la más alta pérdida de funcionalidad y aumento de mortalidad.
- Anorexia "fisiológica". Determina la malnutrición, con pérdida de tejido muscular y graso.
- 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 la fragilidad. En tanto, el síndrome demencial origina incapacidad para realizar las actividades diarias. La soledad, asociada a comorbilidad y con una economía deficitaria puede inducir también fragilidad.

Bases para la evaluación. Con el objetivo de establecer marcadores y darle operatividad al concepto de fragilidad han surgido, con el desarrollo de estudios epidemiológicos centrados en el envejecimiento, varias aproximaciones para poder establecer su diagnóstico.

Linda P. Fried y otros investigadores han desarrollado una hipótesis de fragilidad que considera que las manifestaciones clínicas presentes en el síndrome están relacionadas entre sí, y teóricamente pueden unificarse dentro de un ciclo (fig. 61.2).

El síndrome puede iniciarse 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 musculoesqueléticos y la sarcopenia, y por el efecto de las enfermedades.

El reconocimiento de marcadores que permitan la detección del paciente frágil cobra gran relevancia en la asistencia geriátrica actual.

El fenotipo de fragilidad propuesto por Fried y colaboradores se basa en los criterios siguientes. Para ser considerada frágil, una persona debe tener tres o más de estos criterios:

– Pérdida involuntaria de más de 4,5 kg (10 lb) de peso corporal o una disminución mayor o igual al 5 %.
– Disminución del 20 % de la fuerza del apretón de mano, medido con un dinamómetro y ajustado según sexo al índice de masa corporal (IMC).
– Pobre resistencia, signo de agotamiento, explorado mediante dos preguntas de una escala del Centro para el Estudio Epidemiológico de la Depresión.
– Velocidad al caminar una distancia de 4,6 m ≤6 a 7 s, según el sexo y la talla.
– Baja actividad física según la versión de un cuestionario que recoge el tiempo empleado en la práctica de ejercicios físicos y actividades recreativas.

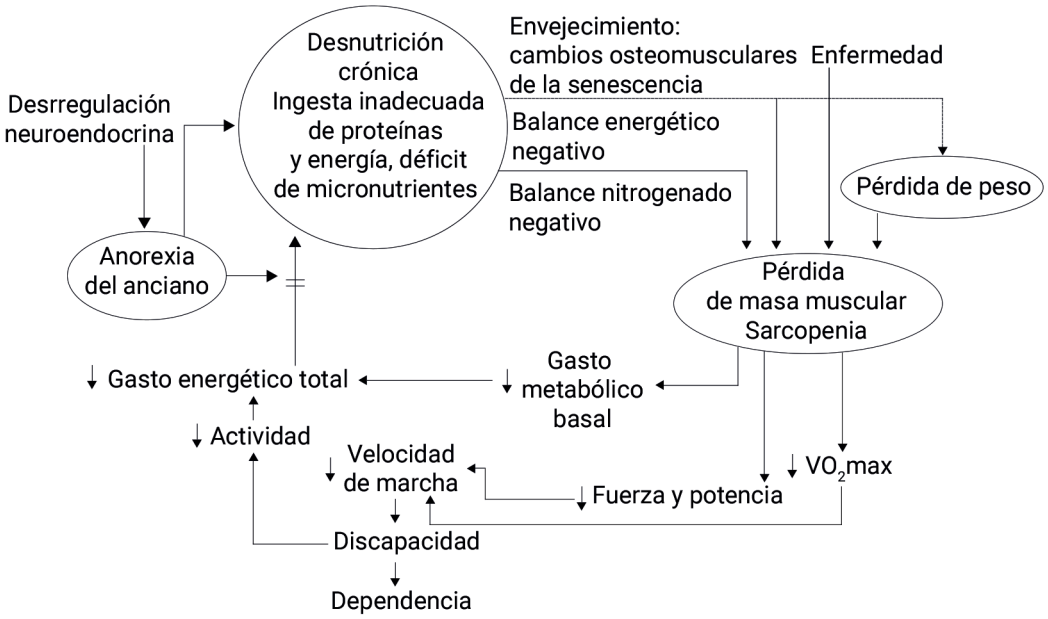


Fig. 61.2. Mortalidad general en adultos mayores. Cuba, 1999 a 2004.
Fuente: Fried, L P., *et al.* (2004). Untangling the conceptsof disability, frailty, and comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontology.* Vol. 59, No. 3, 255-263.

Bases para la atención. Recientes publicaciones delimitan con claridad el estado de fragilidad con el de discapacidad. Ambas categorías tienen aspectos en común.

Diferencias entre fragilidad y discapacidad:

– 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 intervenir y prevenir que sufran eventos adversos para su salud. En la actualidad existen estrategias que se están estudiando con resultados promisorios para disminuir y retardar la fragilidad.

Caídas

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 del problema no se conoce, ya que existe un gran subregistro; no obstante, se reporta que el 30 % de las 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 en la mitad de estas personas con frecuencia 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 los adultos mayores que viven en la comunidad, las caídas aumentan el 25 % entre los de 65-70 años y hasta el 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 y a partir de esta edad tiende a igualarse la frecuencia.

Las caídas son consideradas un gran problema en el adulto mayor, las que pueden llevar a fatales consecuencias y son causa importante de inmovilidad, morbilidad y mortalidad.

Repercusiones:

– 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 en el 25 % su dependencia funcional aumenta en comparación con etapas previas 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 y las causas para que ocurra una caída en el adulto mayor pueden ser intrínsecos y extrínsecos.

Factores de riesgo 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.

Los factores de riesgo extrínsecos están presentes en las actividades cotidianas y en el entorno habitual del paciente; el mayor número de caídas ocurre 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, casi siempre están involucrados de manera simultánea factores intrínsecos y extrínsecos. El 22 % de las caídas se producen por factores de riesgo extrínsecos, en su mayoría evitables como los suelos resbaladizos, una iluminación inadecuada de la vivienda, muebles y objetos fuera de lugar, medios de transporte, calles y aceras inadecuadas o en mal estado. 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.

A continuación, se exponen los principales factores que causan 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: accidente vascular encefálico, ataque transitorio de isquemia, enfermedad de Parkinson, mielopatías, insuficiencia vertebrobasilar, hipersensibilidad del seno carotídeo, neuropatía, demencias
  • Cardiovasculares: infarto agudo de miocardio, hipotensión, arritmias
  • Musculoesqueléticas: artritis, miositis, deformidades óseas.
  • Otras: síncope, anemia, deshidratación, hipoglucemia, infecciones agudas.
– Medicamentos:
  • Polifarmacia.
  • Diuréticos.
  • Antihipertensivos.
  • Hipnóticos o sedantes.

Factores extrínsecos, como los medioambientales:

– Características del suelo: resbaladizo, abrillantado 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.

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 ya se ha caído. En estos casos es necesario valorar las consecuencias inmediatas y la presencia de algún problema médico agudo responsable de la caída para indicar el tratamiento oportuno.

Los objetivos de la atención están encaminados a:

– Conocer la situación del paciente mayor.
– Identificar los factores intrínsecos, extrínsecos y las 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.

En la anamnesis para la evaluación clínica de los pacientes que han sufrido caídas 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 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.

Pruebas orientadas a la detección específica de problemas de equilibrio y marcha:

– 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* levántate y anda *(time up and go).* 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.

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 que también 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.

Bases para la atención. En primer lugar, se impone tratar las consecuencias ocasionadas por la caída. Es importante, desde ese momento, evitar limitaciones funcionales por cualesquiera de las causas. El tratamiento de condiciones médicas, psicológicas y sociales que pueden haberse relacionado con la caída es de suma importancia. Debe continuarse con el 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 la 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

El síndrome de inmovilidad se define como la reducción de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de funciones relacionadas con el sistema neuromusculoesquelético, el cual debe considerarse como un problema médico independiente que requiere una valoración y una atención específica.

Magnitud del problema. El riesgo de inmovilidad aumenta con la edad. Entre el 15 y el 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.

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.

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 es relativa 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 en:
– 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. Supone una emergencia médica, tanto por el impacto funcional como por la elevada mortalidad que conlleva.
– Inmovilidad crónica. Es la pérdida absoluta o relativa de la movilidad por un periodo prolongado y que en muchas ocasiones es definitiva.

Etiología. 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, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neuropatía periférica, obesidad, enfermedad cerebrovascular con secuela motora, entre otras.

Bases para la evaluación. Entre los aspectos más importantes a valorar en la inmovilidad de un adulto mayor 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. La atención estará dirigida, fundamentalmente, a tratar las causas, evitar las complicaciones y recuperar la situación funcional previa. Para lograrlo, de manera general, se deben seguir las siguientes pautas:
– Realizar actividades de promoción de salud que fomenten la práctica de actividades físicas y sociales.
– Promover estilos de vida saludables.
– Detectar de forma temprana 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 y en dependencia del grado de inmovilidad, según las recomendaciones anteriores. 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 trasferencias 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.

Medidas para evitar la aparición de las úlceras:
– 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 con el 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 solos no evitan la formación de las úlceras por presión.

– 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

La incontinencia urinaria 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, constituye 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 incontinencia urinaria en la población adulta mayor. En correspondencia con los datos disponibles, se acepta que la prevalencia varía en dependencia del nivel asistencial que se ha considerado; en la comunidad (10 a 15 %), en un hospital (30 a 40 %) en instituciones de larga estadía (50 a 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, en ocasiones insuficiente preparación del personal de salud. Como resultado, el índice de consulta por incontinencia urinaria en el adulto mayor es bajo, solo un tercio de los mayores incontinentes consultan por este problema de salud, por lo que se hace necesaria su búsqueda activa y sistemática dentro de la población adulta mayor.

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 si 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

Principales repercusiones de la incontinencia urinaria:

– Físicas:
  • Úlceras por presión.
  • Infecciones urinarias.
  • Caídas, especialmente con la incontinencia urinaria nocturna.
  • Dependencia.
– Psicológicas:
  • Pérdida de autoestima.
  • Depresión.
  • Ansiedad.
– Sociales:
  • Aislamiento.
  • Estrés en la familia y cuidadores.
  • Mayor necesidad de apoyo familiar.
  • Predisposición a la institucionalización.
– Económicas: incremento de los costos económicos (pruebas diagnósticas, opciones terapéuticas, manejo de complicaciones, entre otras).

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.

Clasificación clínica:

Incontinencia urinaria transitoria: Se refiere a los escapes involuntarios de orina de corta evolución (menos de 4 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 (más de 4 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 incontinencia urinaria en los adultos mayores, puede llegar a representar el 65 % de todos los casos. 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.

Medicamentos relacionados con la incontinencia urinaria y sus efectos:

– 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.

En los adultos mayores algunas causas de incontinencia urinaria transitoria si no se corrigen en el tiempo pueden contribuir al establecimiento de una incontinencia urinaria crónica.

Las principales causas de incontinencia urinaria 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, hipoestrogenismo, obesidad).
  • Cirugía pélvica previa (ginecológica, resección prostática).
  • Prolapsos pélvicos.
– Incontinencia urinaria crónica por rebosamiento:
  • Crecimiento prostático.
  • Neuropatía diabética y autonómica.
  • Estenosis uretral.
  • Lesiones medulares.
  • Comprensión extrínseca.
– Incontinencia urinaria crónica funcional:
  • Enfermedades músculoesqueléticas 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.

En el interrogatorio para la historia clínica 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. Es 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.

En los exámenes complementarios se buscarán los siguientes datos:

– Bioquímica hemática: glucemia, 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 incontinencia urinaria, preferiblemente por ultrasonido. Se debe realizar el estudio urológico en pacientes con residuo mayor a 100 mL.

El nivel de evaluación especializado se recomienda en pacientes seleccionados, por lo general requieren de otros especialistas para su evaluación y tratamiento, así como la indicación de estudios urodinámicos.

Los criterios para la remisión de un paciente con incontinencia urinaria a la atención secundaria son los siguientes:

– Hallazgo de anomalías anatómicas marcadas: 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. La incontinencia urinaria en el adulto mayor tiene 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, 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 a 40 %, y disminuir la severidad de la incontinencia en otro 40 a 50 % de los casos.

Prevención: Entre las opciones terapéuticas para la prevención, se encuentran algunas medidas generales, técnicas de modificación de conducta, fármacos, cirugía, estimulación eléctrica, conos vaginales, cateterismo vesical intermitente o permanente y tratamiento paliativo.

La prevención estará dirigida a:
– Evitar la sedación excesiva.
– Prever la impactación fecal.
– Disminuir las barreras arquitectónicas.
– Facilitar el acceso a los servicios sanitarios.
– Reducir o cambiar los fármacos potencialmente adversos para la función vesicouretral.

Entre las medidas generales están:
– Reducir el consumo de excitantes vesicales como 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.

Las 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.

Para el tratamiento de las causas transitorias se dispone de:
– Tratamiento farmacológico:
  • Anticolinérgicos: oxibutinina, tolterodina y soliferacina. Para la incontinencia urinaria de urgencia.
  • Duloxetina para la incontinencia urinaria de esfuerzo.
– Tratamiento quirúrgico. De elección para la incontinencia urinaria de esfuerzo.
  • 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 incontinencia urinaria de esfuerzo.
– Cateterismo vesical intermitente o permanente. De elección en los casos de incontinencia urinaria por rebosamiento con alteración contráctil.
– Tratamiento paliativo: colectores externos, tapones uretrales, pañales.

Precauciones importantes relacionadas con el cateterismo vesical:
– 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 la antibioticoterapia profiláctica.
– En caso de obstrucción del catéter, aumentar la ingesta de líquidos y acidificar la orina.

Depresión

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 sociofamiliar y de salud pública.

Magnitud del problema. La frecuencia de la depresión en el adulto mayor varía, pero de forma general es elevada, debido 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 extendida de que la depresión es consecuencia lógica del envejecimiento psicológico.

Se estima que uno de cada 10 adultos mayores la sufre de una manera más o menos periódica y que tan solo uno de cada tres acude al médico y se trata. En Cuba, algunos trabajos, sobre la prevalencia de los síntomas depresivos en adultos mayores que acuden a los consultorios del médico de familia, informan que ésta se encuentra entre el 16,5 % y el 34,7 %.

Repercusiones: Las personas mayores de 60 años deprimidas tienen más probabilidades que los más jóvenes de presentar sintomatología psicótica (ideas delirantes de culpabilidad, nihilismo, persecución, celos) y melancólica (asociadas a la depresión endógena); así como los sentimientos de culpa, la idea 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 considerará justificada y evitará proporcionar tratamiento, cuando en realidad la 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 la 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. Hay que prestar atención a la sintomatología física para llegar al diagnóstico de depresión, porque en ocasiones se presenta de forma enmascarada y no se detecta adecuadamente. Los síntomas hipocondríacos aparecen en cerca del 65 % de los adultos mayores con depresión, y se describen como factores 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 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. Se caracteriza por el desinterés ante todas las ocupaciones que resultaban gratas con anterioridad y la pérdida de ilusión. Con frecuencia, junto con la tristeza aparece un sentimiento de angustia, que puede reflejarse tanto a nivel psíquico (nerviosismo, inquietud interior) como somático (cefaleas de tensión, bolo esofágico, meteorismo, diarreas, tensión muscular, etc.); aunque los síntomas que se presentan con más frecuencia en adultos mayores con diagnóstico de depresión mayor son el ánimo deprimido, la pérdida del interés por sus actividades cotidianas, la ansiedad psíquica y síntomas somáticos como la ansiedad somática, la culpa, las alteraciones del sueño y del apetito e ideación suicida.

La mayoría de los estudios de seguimiento de la depresión en ancianos dicen que esta condición sigue la regla de los tercios, un tercio mejora y sigue mejor, un tercio mejora, pero recae y un tercio no mejora. 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 no se trata de manera adecuada, 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 de los cuidados de salud.

Bases para la atención. La terapia antidepresiva en adultos mayores es con frecuencia 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 deben 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. No solo en lo referido 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 del tratamiento. En la comunidad han de crearse estructuras que proporcionen un equilibrio entre los elementos psicológicos, económicos, sociales y los ecológicos, que mejoren el estado de salud física y mental, así como la capacidad para ejercer autonomía.

Para realizar una adecuada medicación de la depresión en los adultos mayores se deben conocer 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.
– Hay que 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 no debería ser cardiotóxico, carecer de efectos ortostáticos, tener un bajo poder sedativo, no interferir en la memoria y no provocar alteraciones funcionales. Una vez que se ob-

tiene la respuesta terapéutica deseada, el tratamiento de mantenimiento debe ser más prolongado (mayor o igual a 1 año).

Los antidepresivos tricíclicos por sus efectos anticolinérgicos (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 y 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, se utilizan otras formas alternativas de tratamiento como la terapia ocupacional, la musicoterapia, la ludoterapia, la zooterapia y la actividad física.

Al finalizar el tratamiento en la comunidad al adulto mayor deprimido se deberá 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 demencia

La memoria es la capacidad para retener y luego hacer uso 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 como la memoria, el lenguaje, las habilidades visuespaciales, la personalidad, el juicio, etc., de acuerdo con su etiología y con afectación de la actividad sociofamiliar del paciente, en una persona con inteligencia y nivel de consciencia previo normal.

Entre 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 que no se puede hablar de 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 de deterioro cognitivo mínimo o leve (DCM). Es un 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, del 50 al 60 % de los síndromes demenciales en estudios posmortem y 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 llegar al 32 % entre los 85 y los 90 años de edad. Le siguen en orden de frecuencia las demencias vasculares (25 %) y las demencias por cuerpos de Lewy (del 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 u otro tipo de demencia. 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 enfermedad de Alzheimer, 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 deterioro cognitivo mínimo.

Etiología. 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 el bajo nivel de escolaridad, bajo cociente intelectual, diabetes *mellitus, t*abaquismo, alcoholismo, deficiencia en folatos, hiperhomocisteinemia, hipertensión arterial en la edad adulta, elevación de colesterol total y colesterol LDL, entre otras.

Clasificación etiológica de las demencias:

– 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 multinfarto.
  • 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.
  • Hipo- 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 un comienzo de demencia, 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 de esta entidad, no se ha logrado todavía un concepto universalmente aceptado.

Aunque sigue siendo un tema polémico de los últimos decenios y 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 la adquiere de manera brusca.
– Es adquirida.
– Causa 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 neurosicológica y la realización de pruebas más complejas de acuerdo a cada paciente.

El diagnóstico de la demencia se basa sobre todo en la evaluación clínica y esta requiere, como condición excluyente, de una exhaustiva valoración de la función cognitiva. La evaluación neurosicológica 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 minimental state examination, entre otros, que permitan alcanzar el diagnóstico cognitivo global y el 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 y la severidad del deterioro, al tiempo que se establecen el o los dominios cognitivos 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 en el 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 eso requiere de 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 su progresión o no.

El diagnóstico siempre ha de realizarse sobre la base de la historia clínica y de acuerdo con los criterios del diagnóstico de salud mental (DSM-IV), establecidos al respecto, u otros criterios validados (el DSM-IV es el más recientemente y, junto al 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 sociales.
– Sufrir un declive o merma respecto a un nivel de funcionamiento previo.
– El déficit no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirio, aunque puede superponerse a la demencia.
– Esté etiológicamente relacionada con una causa orgánica o con los efectos persistentes de una sustancia, incluyendo exposición a toxinas, o a una combinación de ambos.

Criterios para el deterioro cognitivo leve:

– Que manifieste quejas de memoria, preferentemente corroboradas por un informante.
– Se compruebe deterioro objetivo de la memoria.
– Haya función cognitiva general conservada.
– Mantenga conservada la realización de actividades de la vida diaria.
– No cumple los criterios de demencia.

La mejor y mayor información para el diagnóstico siguen siendo los datos clínicos, con el interrogatorio al paciente, al familiar o al cuidador, un buen examen físico y algunos estudios.

No se debe ni se puede ser superficial al evaluar el deterioro cognitivo, y mucho menos justificarlo como "los cambios irremediables del envejecimiento".

Las pruebas de laboratorio deben individualizarse y estar basadas en la historia clínica del paciente. La realización de estas exploraciones tiene por objetivo ayudar a establecer el diagnóstico causal del síndrome demencial. Existe acuerdo con la práctica de una serie de pruebas de forma rutinaria, la mayoría realizables en la atención primaria, y realizar otras pruebas opcionales, según la sospecha diagnóstica y el requerimiento de equipos especializados para otras intervenciones.

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 de análisis elementales de orina.
– Electrocardiograma y radiología simple de tórax.
– Pruebas de neuroimágen: tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear 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 sistema nervioso central, serología de lúes positiva, hidrocefalia, edad inferior a 55 años, demencia inusual o de progresión rápida, inmunodepresión, sospecha de vasculitis del sistema nervioso central o presencia de enfermedad metastásica.
– Otros estudios: en algunos pacientes puede ser necesario realizar otros exámenes, como el electroencefalograma, para descartar enfermedad de Creutzfeldt-Jakob,

líquido cefalorraquídeo, infecciones del sistema nervioso central, examen de VIH, resonancia magnética nuclear, trastornos de la sustancia blanca; y en otros casos se usará tomografía positiva para mejor apreciación de las lesiones.

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer es clínico, no existen pruebas 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 seudodemencias.
– 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 el sujeto esté en los estadios iniciales de una demencia, cuyo trastorno cognitivo sea ligero. Una reevaluación en seis meses permitirá en la mayoría de los 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. En el tratamiento no farmacológico. Lo ideal es que el paciente sea evaluado por un equipo multidisciplinario, ya que su atención involucra distintos factores como el apoyo a la familia, al cuidador y la estimulación física y mental. Para ello se tendrá en cuenta:

– Preparar un lugar grato donde el paciente se sienta a gusto y 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 agitarlo y precipitar conductas agresivas.
– Es importante el apoyo a la familia y al cuidador.

El tratamiento farmacológico tendrá en cuenta que la percepción de la enfermedad de Alzheimer es una condición médica que puede ser tratada con objetividad, pero que 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 de que se alcance la cura.

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 beneficios terapéuticos moderados, pero incuestionables en al menos el 50 o el 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 dificultad y del riesgo de pacientes y cuidadores. 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, malestar 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. Hay que 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 una probabilidad más alta 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 el 5 % y hasta el 8 % de episodios de depresión mayor en pacientes con Alzheimer. Los fármacos antidepresivos tendrían una eficacia similar, por lo que la elección debe basarse en sus efectos adversos. Los antidepresivos se usan para mejorar la apatía, el estado 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.

Causas y tratamiento específico del deterioro cognitivo:

– Vascular: control de factores de riesgo antiagregantes.
– Hidrocefalia normotensa: derivación de líquido cefalorraquídeo.
– Hematoma subdural: tratamiento quirúrgico.
– Encefalopatías metabólicas: corrección del trastorno.
– Encefalopatías por drogas: supresión de las drogas.
– Infecciones del sistema nervioso central: antimicrobiano específico.

Cuidados y cuidador

Las demencias cambian toda la dinámica personal y familiar, a medida que pasa el tiempo se van intensificando y sumando nuevas deficiencias que hacen del paciente alguien cada vez más dependiente de cuidadores, por lo general de un cuidador, con mayor frecuencia mujer, esposa o hija.

Desde la negación y la 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, hasta tener que modificar el ritmo y la forma de vida para dedicarse al cuidado del enfermo.

Se han identificado como posibles factores de riesgo de sobrecarga psicofísica en el cuidador familiar los siguientes:

– En relación con el 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.
  • Múltiples enfermedades crónicas.
– En relación con el cuidador:
  • Mala salud física previa.
  • 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 sociosanitarios inmediatos.
  • Desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico.

Para cuidar al cuidador es necesario:

– 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 1 h 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 de confusión agudo

El estado de confusión agudo (ECA) se define como una alteración transitoria del estado mental caracterizado por la presencia de diferentes manifestaciones clínicas, principalmente la 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 y una 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. El estado de confusión agudo 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 de este estado agudo varían en dependencia de la edad, el paciente y el nivel de atención. La incidencia aproximada está entre el 10 y el 15 % y su prevalencia llega a estar entre el 10 y el 40 %.

Etiología. Entre los factores causales están:

– Trastornos metabólicos y endocrinos:
  • Alteraciones electrolíticas y acidobásicas.
  • Hipoxia e hipercapnia.
  • Déficits nutricionales.
  • Hipoglucemia e hiperglucemia.
  • Azoemia.
  • Hipertiroidismo e 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 y 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 varios, los antidepresivos, antipsicóticos, antiarrítmicos, hipnóticos, sedantes, corticoides, antinflamatorios, 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, los 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 una actitud letárgica y actividad psicomotora reducida. Esta forma no es reconocida, generalmente, por lo que tiene peor pronóstico.

– Hiperactivo. El paciente está agitado, agresivo e hipervigilante, pocas veces pasa inadvertido.
– Mixto. Alternan la hiperactividad y la 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.
– Electroencefalograma lento generalizado.

La evolución es variable, la recuperación depende de un diagnóstico rápido y correcto, así como de un tratamiento precoz. El estado de confusión agudo se caracteriza por su reversibilidad, aunque existe un porcentaje de casos que no revierten la situación.

Los exámenes complementarios que están indicados ante un paciente mayor confundido son:
– Hemograma completo.
– Eritrosedimentación.
– Bioquímica: función hepática, renal, glucemia y electrólitos.
– Gasometría.
– Estudio del líquido cefalorraquídeo.
– Electrocardiograma.
– Tomografía axial computarizada de cráneo.
– Parcial de orina.
– Rayos X de tórax.
– Electroenfalograma.
– Determinación de niveles de medicamentos.

Bases para la atención. En el tratamiento de estos pacientes es necesario:
– Individualizar cada caso.
– Identificar y tratar las causas subyacentes.
– Aplicar medidas medioambientales (protocolos de intervención) y evaluar factores de riesgo.
– Prescripción de fármacos acorde con los síntomas predominantes.
– Revisión clínica regular.
– Cuidado por parte de un familiar o cuidador conocido.

El tratamiento es de cuatro tipos: preventivo, general, sintomático y etiológico:
– Tratamiento general:
  • 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 plácida.
  • Suspender los fármacos sospechosos de causar inhibición de la enzima convertidora de la angiotensina.
  • 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, que provoca un mayor consumo de fármacos, además de cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento que alteran la farmacocinética y fármacodinámica de los medicamentos, que contribuyen a una mayor sensibilidad a determinadas drogas, a un aumento en la incidencia de reacciones medicamentosas adversas y a que la interacción medicamentosa se manifieste con mayor frecuencia y severidad. De ahí la importancia del conocimiento de los problemas relacionados con medicamentos en el adulto mayor, así como las estrategias adecuadas para su atención.

Magnitud del problema. 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 reacciones adversas medicamentosas 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 reacciones adversas, la que, si es detectada, podrá corregirse. Pero, la mayor parte de las veces es interpretada erróneamente como empeoramiento de la enfermedad, pobre adherencia al tratamiento o inefectividad de alguno de los fármacos interactuantes.

Etiología. Hay múltiples factores que afectan la calidad de la utilización de los medicamentos en el adulto mayor. Entre los más importantes:

Interacciones: Las interacciones medicamentosas potenciales 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 de 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 debido a síntomas atípicos o vagos, como pueden ser confusión, caídas, incontinencia urinaria o debilidad. Los médicos muchas veces no son conscientes de todos los medicamentos que toman sus pacientes, ni de su historial farmacoterapéutico. Además, el paciente puede recibir tratamiento 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 cuando un paciente tiene una patología para la que el tratamiento farmacológico tiene buenas evidencias en la literatura médica, no existe contraindicación, pero, a pesar de todo no se instaura 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 y el aumento de la hospitalización e institucionalización.

Medicación inapropiada: Fármaco inapropiado es aquel con un mayor potencial para provocar más daño que beneficio. La medicación inadecuada o inapropiada hace referencia a los fármacos que deberían ser evitados en los adultos mayores por el riesgo de reacciones adversas e interacciones medicamentosas, o por ser ineficaces.

Sobreutilización: Es frecuente que el adulto mayor este tomando medicación innecesaria. Existen factores de riesgo sociodemográficos y relacionados con el estilo de vida para la sobreutilización de fármacos en los adultos mayores, entre estos riegos están la edad (más de 85 años), vivir solos o aislados socialmente, problemas socioeconómicos, desnutrición, poca ingesta de agua y sedentarismo o inmovilidad.

La automedicación es frecuente en los adultos mayores. La promoción de fármacos entre los adultos mayores y sus familiares y amigos puede ser un factor que provoque 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 es más frecuente debido a que los síntomas inducidos por fármacos en personas de mayor edad pueden malinterpretarse como indicadores de una nueva enfermedad o atribuibles 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 incremento de 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.

Bases para la atención. Para mejorar la prescripción en los adultos mayores se pueden seguir las siguientes recomendaciones:

– 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 de consumo de fármacos para evitar la aparición de interacciones potenciales y reacciones medicamentosas adversas.
– Revisión periódica de la medicación (incluye plantas medicinales, medicamentos sin receta y suplementos dietéticos).
– Interrumpir terapia innecesaria.
– Considerar como posible reacción medicamentosa adversa 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 las dosis de cada fármaco.
– Usar los horarios de las comidas y al acostarse como guías nemotécnicas 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 se debe 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 utiliza 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 cuando hay insuficiencia renal debe estar escrita en la ficha técnica de cada medicamento.

Fórmula de evaluación del filtrado glomerular de Cockcroft-Gault:

$$\text{FGE en mL/min} = \frac{(140 - \text{edad}) \cdot \text{peso}(\text{en kg})}{0{,}82 \text{ creatinina plásmática}(\text{en mol/L}) \text{ o } 72(\text{en mg/dL \%})}$$

En las mujeres se multiplica 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. Recuperado de :http://www.aafp.org/exam.xml

Colectivo de autores (2016). Afecciones comunes al adulto mayor. En: *Medicina interna. Diagnóstico y tratamiento.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-interna-diagnostico-y-tratamiento-2da-ed/

Llibre Rodríguez J. J., Valhuerdi A., Sanchez I. I., Reyna C., Guerra M.A, CopelandJ.R. M, *et al.* (2008). The prevalence, correlates and impact of dementia in Cuba. A 10/66 Group population-based survey. *Neuroepidemiology* 31:243-251.

Hernán, L. J., Cano, G. C. A., Fernando, G. J. (2006). *Fundamentos de Medicina. Geriatría.* Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.

Fried, L P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., Anderson, G. (2004). Untangling the conceptsof disability, frailty, and comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontology.* Vol. 59, No. 3, 255–263. Recuperado de: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15031310/

Menéndez Jiménez, J., Rodríguez Rivera, L., Ojeda Hernández, M., Cardoso Lunar, N., Cascudo Barral, N., González Moro, A., y cols. (2014). Atención al adulto mayor. En: Alvarez Sintes R. y cols. *Medicina General Integral.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de:http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-salud-y-medicina-volumen-iii-tercera-edicion/

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019.* La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. [citado 20/01/2021]. Recuperado de:https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf

Sociedad Española de Geriatría (2016). *Geriatría para Residentes.* Madrid: SEGG.

Capítulo 62
Control del cáncer en el nivel primario de salud

Gisela Abreu Ruíz, Walkiria Bermejo Bencomo, Teresa de la Caridad Romero Pérez, Abel Nicolás Monzón Fernández y Roberto Alvarez Sintes

En la actualidad el cáncer es uno de los problemas de salud más peligrosos a escala mundial. Según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) constituye la segunda causa de muerte, casi una de cada seis defunciones se produce por esta enfermedad. Cerca del 70 % de los fallecimientos se registran en países de medianos y bajos ingresos y alrededor de un tercio de ellos se deben, sobre todo, a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos, un índice de masa corporal elevado, la ingesta reducida de frutas y verduras, la falta de actividad física y el consumo de tabaco y de alcohol.

El tabaquismo es uno de los factores de riesgo que ocasiona mayor número de muertes por cáncer (aproximadamente el 22 %), unido a las infecciones oncogénicas causadas por el virus de la hepatitis y el papiloma humano, que son los responsables de alrededor del 25 % de los casos de cáncer en los países de ingresos medios y bajos.

En Cuba, el cáncer se convierte en un grave problema de salud debido a las altas tasas de incidencia y mortalidad. Desde 1970 se mantiene entre las tres primeras causas de muerte, afecta a todas las edades y representa la primera causa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) hasta los 74 años. Por tal motivo la capacidad de respuesta organizada para su prevención y control forma parte de las prioridades del Sistema Nacional de Salud.

Los datos emitidos (Globocan, 2018) sugieren que la carga mundial de cáncer ha aumentado a 18,1 millones de nuevos casos y a 9,6 millones de muertes por esta causa. Está claro que el cáncer es un desafío global urgente y los gobiernos deben tomar medidas para ampliar la prevención, la detección temprana y el diagnóstico, el tratamiento y los servicios de atención. La comunidad mundial contra el cáncer tiene un importante papel que desempeñar para responsabilizar a los gobiernos de sus compromisos y abogar por acciones aceleradas basadas en la evidencia a nivel nacional.

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) estima que uno de cada cinco hombres y una de cada seis mujeres en todo el mundo desarrollarán cáncer a lo largo de su vida, y que uno de cada ocho hombres y una de cada once mujeres morirán a causa de su enfermedad. Las localizaciones más frecuentes en orden decreciente son pulmón, mama, colon, próstata y estómago. Relacionado con la mortalidad el orden es pulmón, colon, estómago, hígado y mama. Para las economías en rápido crecimiento, los datos sugieren un cambio de los cánceres relacionados con la pobreza o la infección hacia aquellos asociados con estilos de vida más típicos de los países industrializados.

Según cifras publicadas en el *Anuario Estadístico de Salud 2017*, la tasa de mortalidad más elevada en ambos sexos por tipo de cáncer, correspondió a los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón, seguida de los de intestino, excepto el recto, otros tumores del tejido linfático y los órganos hematopoyéticos. En los hombres el primer lugar lo ocupó el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, seguido en orden decreciente de próstata, intestino, excepto el recto, laringe y vías urinarias. En las mujeres la tasa de mortalidad más elevada también correspondió al tumor de tráquea, bronquios y pulmón, seguido del de mama, intestino, excepto el recto, otras partes del útero, las no especificadas y las del cuello de útero. Todos con tasas superiores a 9 por cada 100 000 habitantes. Persiste la sobremortalidad masculina, con excepción de los localizados en el intestino, recto, porción rectosigmoidea y ano, donde el riesgo de morir es mayor en las mujeres.

Estimaciones futuras de la población cubana hasta el 2030 muestran un proceso acelerado de envejecimiento que favorecerá un incremento en la proporción de personas de 60 años y más con relación a la población total (29,9 %). En tal sentido se prevé que para esa fecha el número de casos nuevos de cáncer aumente a 59 426, y el envejecimiento sea el indicador demográfico responsable del 67,1 % de este fenómeno, con 39 904 casos (fig. 62.1).

Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención

En los últimos años uno de los avances más significativos en la lucha contra el cáncer es la comprensión de los procesos que originan su aparición. Diversas investigaciones han permitido conocer acerca de los mecanismos biológicos fundamentales subyacentes del crecimiento celular y su regulación, así como sobre la atención del cáncer en su variedad de formas. Particular interés logra la evidencia científica que liga los estilos de vida a muchos tipos de cáncer y, por tanto, a la oportunidad para desarrollar estrategias en aras de modificarlos.

El conocimiento de la historia natural de la enfermedad ayuda a definir las herramientas que facilitan la aplicación de medidas profilácticas como la conducta preventiva en el estado de salud o de incapacidad, la convalecencia o el estado terminal de la enfermedad (fig. 62.2).

Existen tres niveles de prevención, y en la actualidad se agrega a la lista el primordial, que recomienda aplicar medidas protectoras antes de la fase preclínica de la enfermedad para evitar la exposición a los riesgos, ya sea en grupos más vulnerables o en la población total; además, invita a desarrollar acciones educativas orientadas a modificar los estilos de vida enraizados en la población, eliminar conductas de riesgo que favorecen la aparición del cáncer y otras enfermedades y mejorar el medioambiente o los servicios de salud (tabla 62.1). Para ello se precisa de la acción combinada de los mecanismos socializadores con capacidad de influencia sobre la conducta social, como el sistema educacional, la institución familiar, las normas jurídicas, las relaciones económicas, las manifestaciones artísticas, las organizaciones sociales y los medios de comunicación social

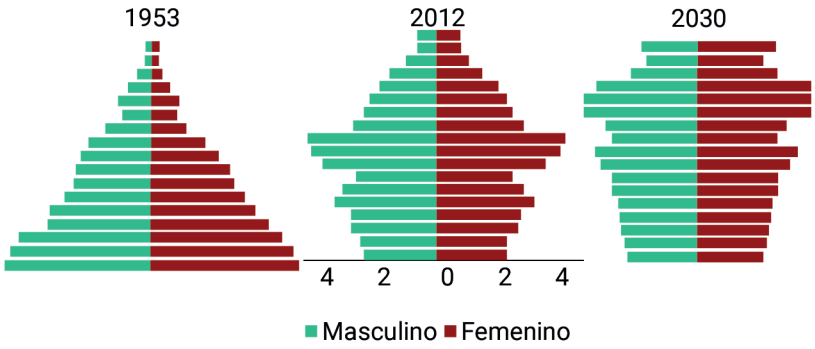


Fig. 62.1. Comportamiento de la estructura de la población.

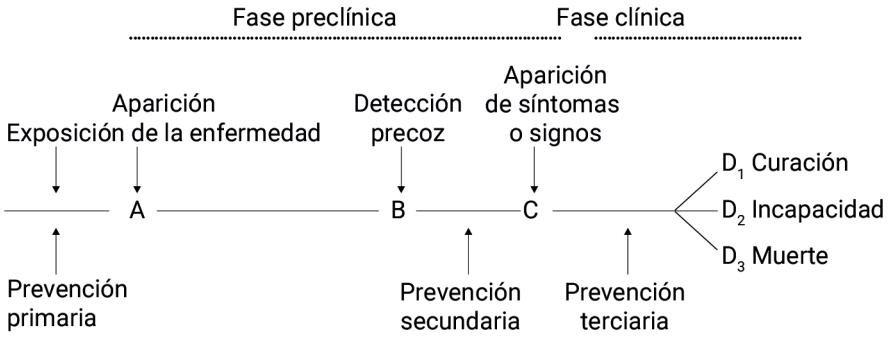


Fig. 62.2. Historia natural de la enfermedad no transmisible.

Tabla 62.1. Niveles de prevención

Nivel	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

Control del cáncer en Cuba

Cuba tiene historia de implementación de programas de control de cáncer desde la década del 60. El primero se estableció en 1968 y estuvo dirigido a la detección precoz del cáncer cervicouterino. A partir de este y en respuesta a los nuevos problemas de salud identificados se incorporaron otros, hasta el 2010 que entró en vigor el Programa Integral para el Control del Cáncer (PICC) vigente hasta hoy. El PICC persigue reducir la incidencia y la mortalidad por esta enfermedad, aumentar la sobrevida y mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares (Fig. 62.3).

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 (pulmón, mama, próstata, colon y cervicouterino), además del cáncer bucal, de piel y el que se presenta en etapa infantojuvenil. En la figura 62.4 se define el flujograma de atención médica desde el consultorio médico de familia hasta las instituciones de tercer nivel, a fin de lograr el uso eficiente de los recursos, en particular los tecnológicos, que garanticen la sostenibilidad de los servicios.

La existencia en el país del PICC, vinculado a un sistema de vigilancia epidemiológica y a una Atención Primaria de Salud fortalecida, que incluye la participación intersectorial y comunitaria, asociado a su vez a otros factores culturales, sociales y tecnológicos, no ha logrado disminuir la incidencia y la mortalidad por esta causa, por lo que se requiere una mirada desde otra perspectiva para accionar de forma diferenciada con el objetivo de fortalecer las acciones de prevención, mejorar el control e incrementar la calidad de vida de la población.

Perfeccionar la calidad de los procesos relacionados con el control del cáncer se convierte hoy en un desafío para el nivel primario de atención, ya que el número de nuevos casos diagnosticados y el tiempo que permanecen en la comunidad para continuar su evolución es cada vez mayor.

La Estrategia Nacional de Control del Cáncer (ENCC) constituye una guía con enfoque integrador dirigida a mejorar la eficacia del PICC, redimensionar las capacidades de los recursos humanos y de las instituciones vinculadas a su control, así como fomentar el trabajo en equipo. Se organiza en dos grandes áreas soportadas por la Red de Conocimientos para el Control del Cáncer.

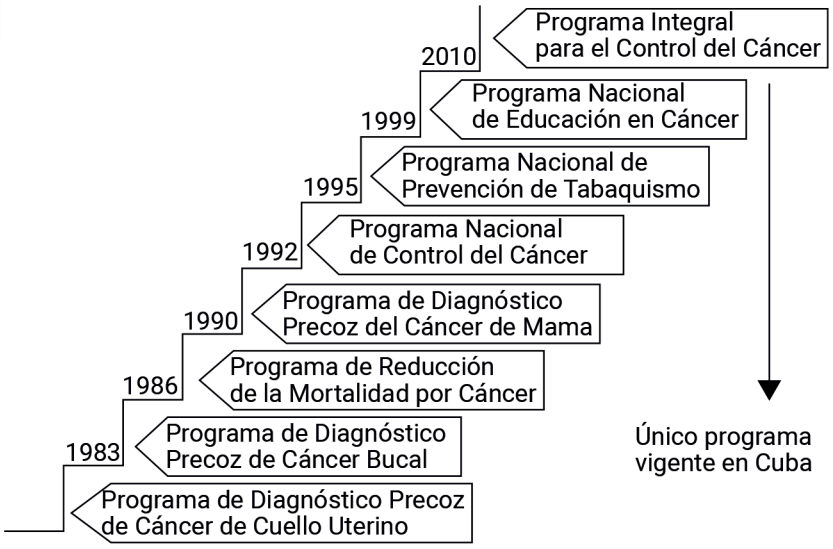


Fig. 62.3. Evolución histórica de los programas de control del cáncer en Cuba.

Una de las áreas está relacionada con la organización funcional de los servicios por niveles de atención, incluida la interrelación con otros sectores, instituciones, organismos y organizaciones. La otra se refiere a los componentes estratégicos organizados desde la educación y la comunicación, la pesquisa, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, el seguimiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos, el desarrollo científico técnico, la evaluación y el control de la calidad (fig. 62.5).

La ENCC se integra 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 es la mayor fortaleza para ganar la guerra contra el cáncer. A partir de su rol clave promueve los cambios en los determinantes sociales ligados a la enfermedad y fomenta hábitos y estilos de vida saludables con la implementación de los componentes de la estrategia nacional.

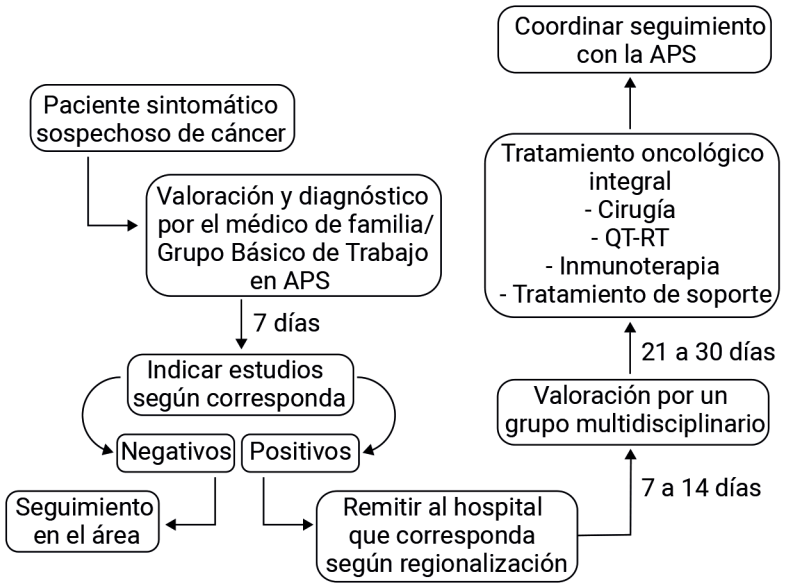


Fig. 62.4. Flujograma de atención para el paciente con cáncer.

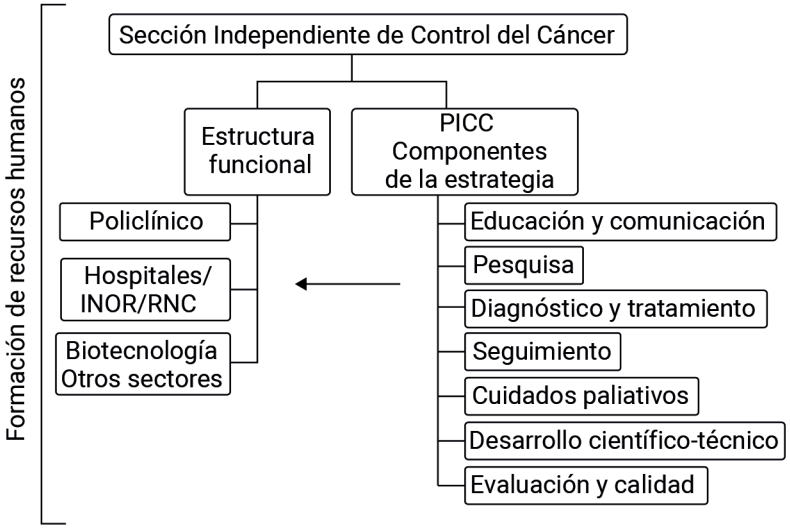


Fig. 62.5. Estrategia nacional de control del cáncer.

Componentes estratégicos:

– Educación y comunicación. Las acciones están dirigidas a reducir los factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad y a promover estilos de vida saludables. Para ello se requiere de la participación activa de los equipos de salud y de todos los sectores de la sociedad.
– Pesquisa. En correspondencia con los requisitos que establece la Organización Mundial de la Salud para un programa de pesquisa, en Cuba se definen tres modalidades:
  • Dirigida a las personas aparentemente sanas.
  • Dirigida a individuos con factores de riesgo de padecer la enfermedad.
  • Dirigida a pacientes sintomáticos para detectar cualquier localización de cáncer en etapa temprana.
– Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Se realiza en la red especializada de atención al cáncer, estructurada por nivel de actividad, regiones geográficas, sitios clínicos y niveles de atención.
– Seguimiento y rehabilitación. Se realiza de conjunto con la atención secundaria y aprovecha los beneficios que brinda el servicio de rehabilitación integral disponible en cada área, con sus modalidades terapéuticas rehabilitadoras (curativa o paliativa).
– Cuidados continuos y paliativos. Se realizan por los equipos básicos de salud y se ofrecen a pacientes y familiares. Se extiende desde el momento del diagnóstico hasta la muerte y la etapa de duelo, e incluyen los cuidados de soporte. Con estos cuidados se satisface las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y se incrementa la capacidad psicológica de la familia para enfrentar la enfermedad y los tratamientos.
– Desarrollo científico técnico. Se potencia con las investigaciones que responden a la demanda y se complementa con la socialización de los resultados de experiencias nacionales e internacionales, para su evaluación y posterior generalización en el sistema de salud.
– Evaluación y calidad. Se realiza a través del análisis de la situación de salud.

Desde el año 2015 se introdujo una nueva forma de organización dentro del PICC, el paquete tecnológico para el control del cáncer (PTCC), entendido como el conjunto de productos y servicios de alto grado de especialización que se generan a partir de las tecnologías, disponibles en el sistema de salud, para la atención a los tipos de cáncer de mayor incidencia y mortalidad.

Cada paquete tecnológico tiene definido una "población diana", objetivos claros y cuantificables, algoritmos para la intervención y un panel de indicadores para la evaluación, además del plan de aseguramiento de los recursos y un equipo líder. En todos los casos el paquete se ajusta a las necesidades de cada territorio para su implementación en la práctica (intervención compleja en salud).

Cáncer cervicouterino

La población diana de este tipo de cáncer son las mujeres entre 25 y 64 años de edad con vida sexual activa o mujeres de cualquier edad según criterio médico. Su algoritmo de actuación en la figura 62.6.

Objetivos del Programa Integral para el Control del Cáncer:

– Detectar el cáncer cervicouterino en etapas temprana en el 80 %.
– Reducir la tasa de mortalidad anual en el 2 %
– Incrementar la sobrevida.
– Mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Procedimientos de intervención:

– Controlar el 100 % de las mujeres entre 25 y 64 años.
– Realizar trabajo educativo sistemático con la población femenina, para que adopte una actitud responsable con relación a la prevención de este tipo de cáncer e incremente la percepción del riesgo.
– Realizar la citología orgánica cada tres años a toda mujer entre 25 y 64 años de edad.
– Recuperar el 100 % de las citologías no útiles en un periodo no mayor de un año.
– Realizar el diagnóstico en etapas preinvasivas (neoplasia intraepitelial cervical).
– Detectar el cáncer de cuello de útero en etapas tempranas.
– Enviar a las consultas de patología de cuello a toda mujer con citología anormal.
– Se tratarán en las consultas de patología de cuello las pacientes diagnosticadas con lesiones preinvasivas e invasivas hasta el estadio IB.
– A partir del estadio II, remitir la paciente al servicio de oncología correspondiente, para valorar por el grupo multidisciplinario de atención al paciente con cáncer e indicar el tratamiento oportuno.
– Remitir a las consultas municipales de patología benigna de cuello a las mujeres con citología normal que presenten afecciones del tracto genital inferior (TGI).

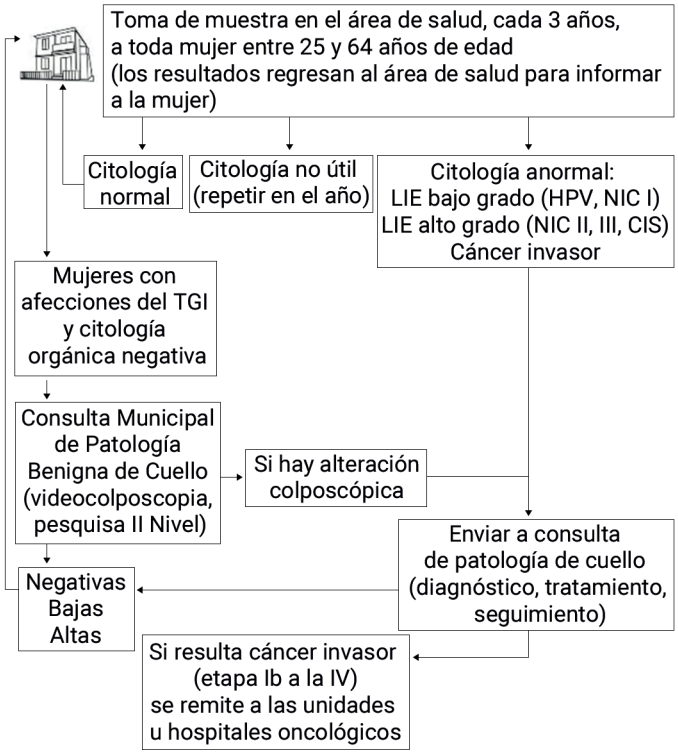


Fig. 62.6. Algoritmo de actuación para el cáncer cervicouterino.

– Aplicar el tratamiento adecuado en cada una de las etapas clínicas.
– Hacer seguimiento evolutivo entre la institución que brinda la atención y el área de salud correspondiente a todos los casos detectados y tratados por patologías preinvasivas e invasivas del cuello uterino.
– Garantizar la capacitación de los recursos humanos implicados en las acciones de control de cáncer cervicouterino.
– Planificar los recursos materiales para cumplir con las acciones de pesquisa, diagnóstico y tratamiento.
– Mejorar la calidad de la información estadística.

Indicadores para la evaluación:
– Tasa de incidencia de carcinoma *in situ*.
– Porcentaje de mujeres examinadas del total de mujeres a examinar.
– Intervalo de tiempo entre el resultado citológico anormal y la primera cita a la consulta de patología de cuello (menos de 30 días).
– Porcentaje de mujeres diagnosticadas con lesiones preinvasivas de alto grado (NIC II-NIC III).
– Porcentaje de mujeres con cáncer invasor diagnosticado en etapas tempranas.
– Porcentaje de mujeres con cáncer invasor diagnosticado en etapas avanzadas.
– Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino.
– Porcentaje de mujeres encuestadas satisfechas con la atención.

Cáncer de pulmón

La población diana del cáncer de pulmón es la población en general, con énfasis en los mayores de 40 años, fumadores y exfumadores. Su algoritmo de actuación en la figura 62.7.

Objetivos del Programa Integral para el Control del Cáncer:
– Reducir la prevalencia de tabaquismo en el 19 % de la población adulta.
– Incrementar el diagnóstico en etapas tempranas.
– Reducir la tasa de mortalidad anual en el 2 %.
– Incrementar la sobrevida.
– Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Procedimientos de intervención:
– Controlar el 100 % de la población fumadora, los trabajadores ocupacionalmente expuestos y la población mayor de 40 años con síntomas respiratorios de más de 14 días.
– Realizar trabajo educativo sistemático con la población de riesgo para que adopten una actitud responsable con relación a la prevención del cáncer de pulmón.

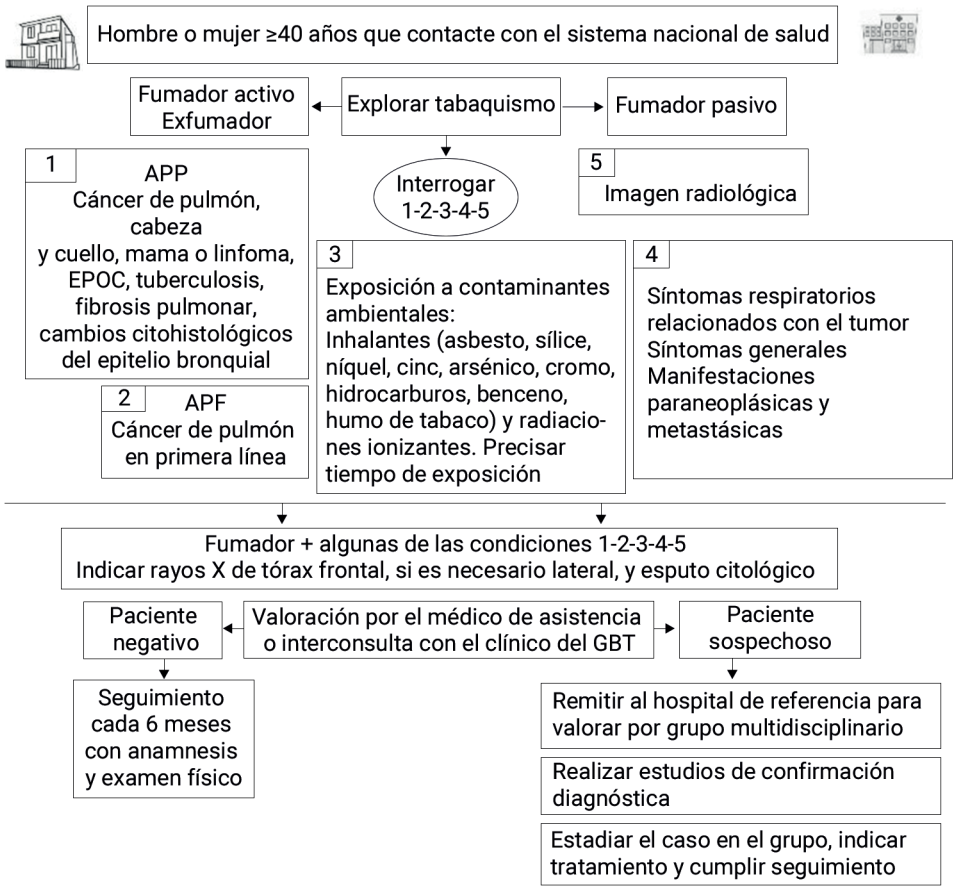


Fig. 62.7. Algoritmo de actuación para cáncer de pulmón.

- Realizar acciones de promoción, educación y comunicación social para contribuir a reducir la prevalencia de tabaquismo.
- Enviar a la consulta de cesación tabáquica a los fumadores activos.
- Realizar la estrategia de las 3A en los fumadores pasivos (averiguar, animar, asesorar).
- Indicar rayos X de tórax a todo paciente con síntomas respiratorios sospechosos de cáncer, síntomas generales o manifestaciones paraneoplásicas o metastásicas.
- Remitir a los pacientes sospechosos a los servicios de oncología correspondientes, para valorar por el grupo multidisciplinario de atención al paciente con cáncer, diagnosticar e indicar el tratamiento oportuno.
- Hacer seguimiento evolutivo, entre la institución que brinda la atención y el área de salud correspondiente, a todos los casos detectados y tratados.
- Incrementar el porcentaje de pacientes evaluados para incorporar a los ensayos clínicos.

Indicadores para la evaluación:

- Tasa de incidencia por cáncer de pulmón.
- Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón.
- Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas precoces.
- Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas avanzadas.
- Razón mortalidad/incidencia.
- Porcentaje de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas incorporados a los ensayos clínicos
- Porcentaje de pacientes en etapas avanzadas que alcanzan los 8 meses de supervivencia al diagnóstico.
- Porcentaje de pacientes encuestados satisfechos con la atención.

Cáncer de próstata

La población diana de este tipo de cáncer es la masculina mayor de 40 años asintomática, con antecedentes de familiares de primera línea con cáncer de próstata, hombres asintomáticos mayores de 50 años que deseen someterse a la prueba y hombres de cualquier edad con síntomas urinarios bajos. Su algoritmo de actuación en la figura 62.8.

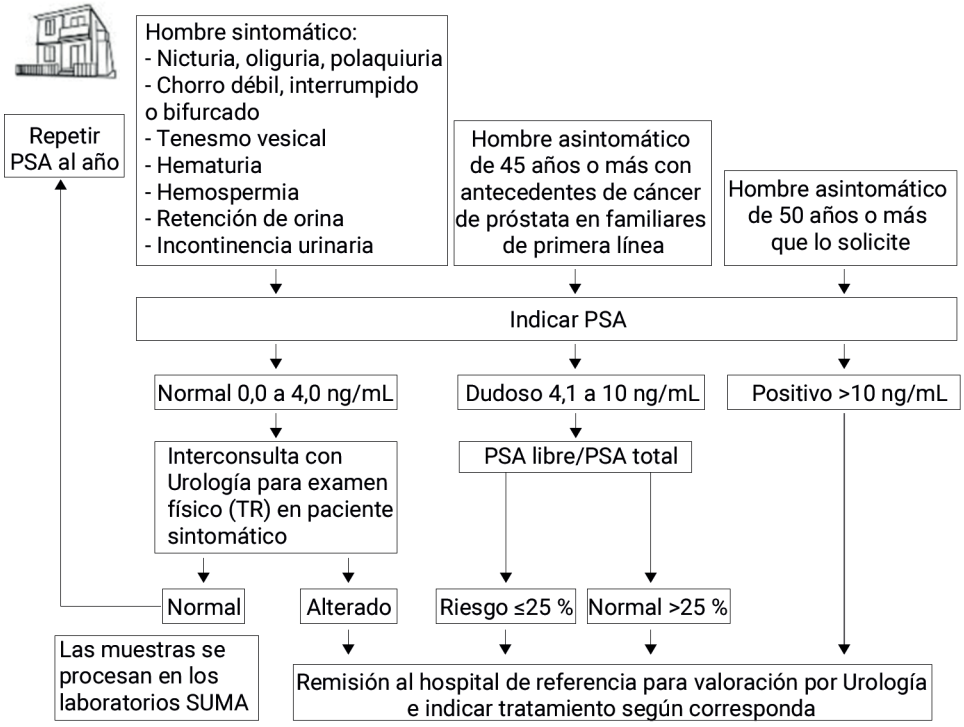


Fig. 62.8. Algoritmo de actuación para cáncer de próstata.

Objetivos del Programa Integral para el Control del Cáncer:

– Incrementar el diagnóstico en etapas tempranas.
– Reducir la tasa de mortalidad anual en el 2 %.
– Incrementar la sobrevida.
– Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Procedimientos de intervención

– Controlar el 100 % de la población masculina mayor de 40 años con antecedentes de cáncer de próstata en familiares de primera línea y hombres con sintomatología urinaria baja (hematuria, hemospermia, disuria, poliuria, polaquiuria, nicturia, chorro de orina débil, interrumpido o bifurcado).
– Realizar trabajo educativo sistemático con la población de riesgo para que adopten una actitud responsable con relación a la prevención del cáncer de próstata.
– Indicar la prueba de PSA (antígeno prostático específico) a los hombres de 45 años con antecedentes de cáncer de próstata en familiares de primera línea, hombres con sintomatología urinaria baja y aquellos mayores de 50 años que deseen realizarse la prueba.
– Remitir a todo paciente con resultado de PSA positivo a la institución hospitalaria de referencia para la valoración por el urólogo.
– Los casos con sospecha de cáncer de próstata serán valorados por el grupo multidisciplinario de atención al paciente con cáncer (Instrucción No. 1/2007) para diagnosticar e indicar tratamiento oportuno.
– Hacer seguimiento evolutivo entre la institución que brinda la atención y el área de salud correspondiente a todos los casos detectados y tratados.

Indicadores para la evaluación:

– Tasa de incidencia por cáncer de próstata.
– Tasa de mortalidad por cáncer de próstata.
– Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas precoces.
– Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas avanzadas.
– Razón mortalidad/incidencia.
– Porcentaje de pacientes encuestados satisfechos con la atención.

Cáncer de colon

La población diana del cáncer de colon es la población mayor de 50 años y las personas de cualquier edad con antecedentes de cáncer de colon en familiares de primera línea. Su algoritmo de actuación en la figura 62.9.

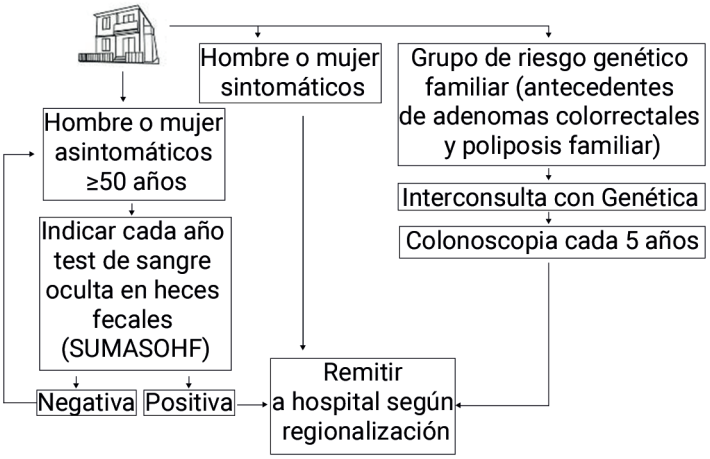


Fig. 62.9. Algoritmo de actuación para cáncer de colon.

Objetivos del Programa Integral para el Control del Cáncer:

– Incrementar el diagnóstico en etapas tempranas.
– Reducir la tasa de mortalidad anual en el 2 %.
– Incrementar la sobrevida.
– Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Es válido señalar que los programas de cribado poblacional van dirigidos a la población de riesgo medio, lo que hace suponer que la población de alto riesgo, ya sea por antecedentes familiares de cáncer colorrectal, enfermedades hereditarias como el síndrome de Lynch, la poliposis adenomatosa familiar o la presencia de adenomas colorrectales avanzados, queda eliminada de este programa. Estos casos serán valorados de forma especializada y protocolizada por el especialista en genética médica en las consultas de asesoramiento genético existentes en la atención primaria de salud, a partir de lo cual se define la conducta a seguir.

Procedimientos de intervención:

– Controlar el 100 % de la población mayor de 50 años, familias con historia de cáncer colorrectal, colitis ulcerosa o adenomas, personas con antecedentes personales o familiares de cáncer colorrectal, cáncer de mama, cáncer de ovario y cáncer de endometrio.
– Realizar trabajo educativo sistemático con la población de riesgo para fomentar conductas protectoras con relación a la prevención del cáncer de colon.
– Indicar la prueba de SUMASOHF (sangre oculta en heces fecales) a la población mayor de 50 años.
– Valoración por el especialista de genética a toda persona o familia con antecedentes de cáncer colorrectal, colitis ulcerosa o adenoma.
– Remitir a todo paciente con resultado de sangre oculta en heces fecales positiva a la institución hospitalaria de referencia para la valoración por el gastroenterólogo.
– Los casos con sospecha de cáncer colorrectal serán valorados por el grupo multidisciplinario de atención al paciente con cáncer para diagnosticar e indicar tratamiento oportuno.
– Hacer seguimiento evolutivo entre la institución que brinda la atención y el área de salud correspondiente a todos los pacientes diagnosticados y tratados

Indicadores para la evaluación:

– Porcentaje de personas mayores de 50 años examinadas en un año.
– Porcentaje de pacientes con SUMASOHF positivo del total de pruebas realizadas.
– Porcentaje de pacientes con sospecha de cáncer de colon que se realizan colonoscopia.
– Porcentaje de pacientes positivos de cáncer de colon de los examinados con colonoscopia.
– Tasa de incidencia por cáncer de colon.
– Tasa de mortalidad por cáncer de colon.
– Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas precoces.
– Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas avanzadas.
– Razón mortalidad/incidencia.
– Porcentaje de pacientes encuestados satisfechos con la atención.

Cavidad oral

La población diana es la de 35 años y más. Su algoritmo de actuación en la figura 62.10.

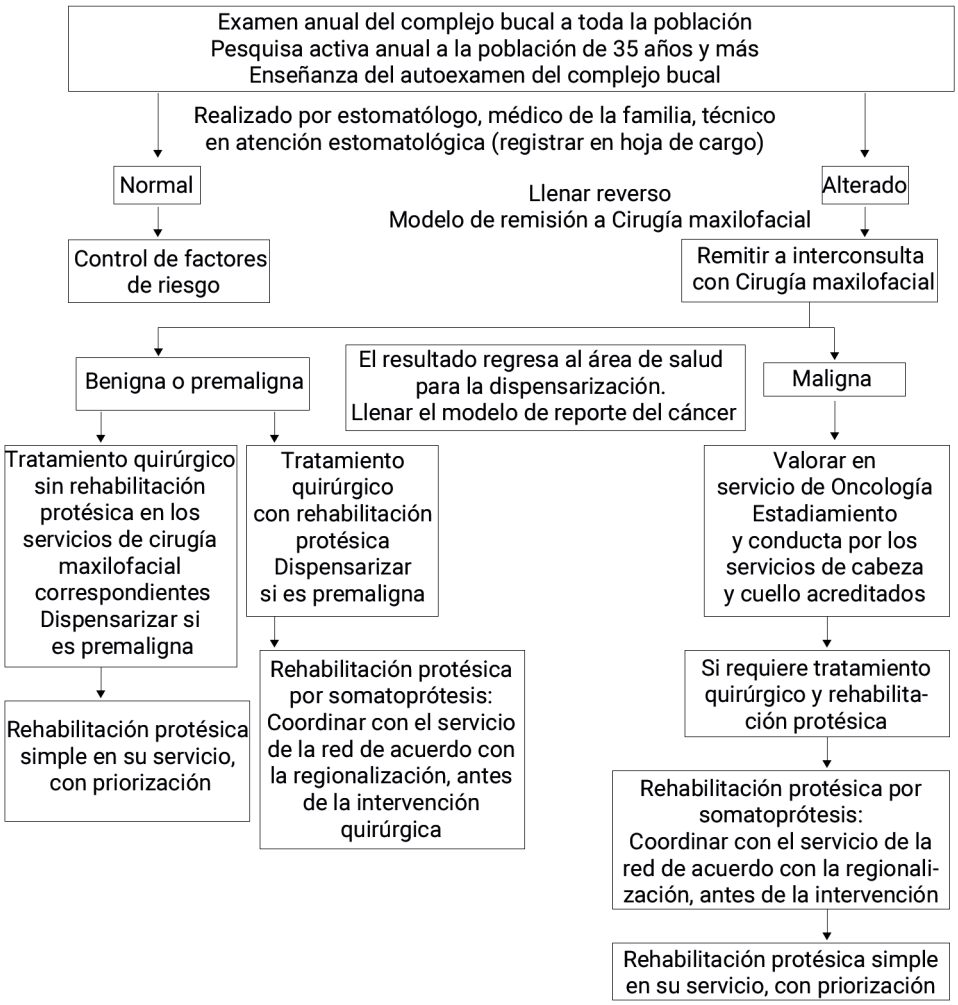


Fig. 62.10. Algoritmo de actuación para cáncer bucal.

Objetivos del Programa Integral para el Control del Cáncer:

– Incrementar el diagnóstico en etapas tempranas.
– Reducir la tasa de mortalidad anual en el 2 %.
– Incrementar la sobrevida.
– Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Procedimientos de intervención:

– Desarrollar acciones de educación y comunicación dirigidas a fomentar conductas protectoras y eliminar o reducir hábitos que dañen la salud bucal (tabaquismo, alcoholismo, ingestión de alimentos excesivamente calientes, entre otros).
– Prevenir factores causantes de alteraciones de la mucosa bucal como prótesis mal ajustadas, obturaciones defectuosas, bordes filosos, entre otras.
– Realizar el examen del aparato masticatorio a toda la población que acuda a los servicios estomatológicos, según la metodología establecida para el diagnóstico precoz de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas.
– Realizar pesquisa activa cada año mediante examen del aparato masticatorio a toda la población de 15 años y más, según la metodología establecida para el diagnóstico precoz de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas.
– Remitir al servicio de cirugía maxilofacial a todo paciente con lesión maligna, premaligna o potencialmente maligna detectada en el examen físico, según la regionalización definida para el territorio.
– Dispensarizar al 100 % de los pacientes con lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas.

– Priorizar la atención estomatológica a todo paciente con diagnóstico de cáncer bucal que requiera tratamiento oncoespecífico.
– Garantizar en la Atención Primaria de Salud el seguimiento de todo paciente con cáncer bucal.
– Brindar tratamiento estomatológico integral y seguimiento evolutivo a los pacientes con cáncer bucal tratados en cualquier etapa clínica
– Coordinar la atención de todo paciente intervenido por cáncer bucal en los servicios de rehabilitación de la cara y prótesis bucomaxilofacial, de acuerdo a la regionalización asistida definida para el territorio.
– Garantizar la rehabilitación de todo paciente que cumpla con los requerimientos establecidos en el acto quirúrgico.
– Brindar seguimiento estomatológico a todo paciente que ha recibido tratamiento oncoespecífico.
– Priorizar la rehabilitación protésica, en el servicio estomatológico correspondiente al área de salud, a todo paciente con lesión maligna, premaligna o potencialmente maligna.
– Garantizar en las instituciones hospitalarias el funcionamiento del grupo multidisciplinario para la atención al paciente con cáncer (Instrucción No. 1/2007).

Indicadores para la evaluación:

– Porcentaje de pacientes examinados del total de pacientes atendidos, según grupos de edad y provincias.
– Tasa de incidencia por cáncer de cavidad oral.
– Tasa de mortalidad por cáncer de cavidad oral.
– Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas precoces.
– Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas avanzadas.
– Porcentaje de pacientes tratados en servicios de rehabilitación somatoprotésica antes de los 30 días siguientes a la intervención quirúrgica.

Cáncer en etapa infantojuvenil

La población diana es la menor de 19 años. Su algoritmo de actuación en la figura 62.11.

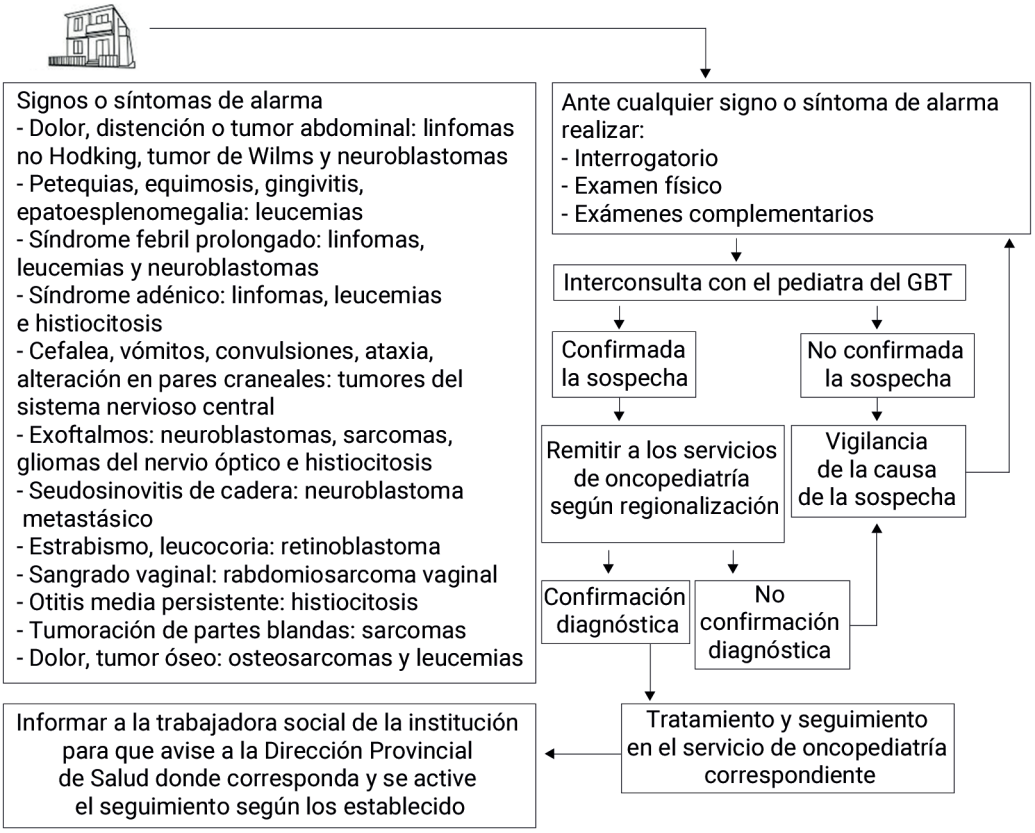


Fig. 62.11. Algoritmo de actuación para el cáncer en la etapa infantojuvenil.

Objetivos del Programa Integral para el Control del Cáncer:

– Reducir la tasa de mortalidad anual en el 2 %.
– Incrementar la sobrevida.
– Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
– Controlar la solución de las necesidades de salud y de otros sectores.

Procedimientos de intervención:

– Garantizar en los nueve servicios de oncopediatría existentes en el país la confirmación del diagnóstico y el tratamiento oncoespecífico (Hospital Pediátrico Provincial Docente Pepe Portilla, en Pinar del Río; en la Habana, los hospitales Pediátricos Docentes Juan Manuel Márquez y William Soler, y los Institutos de Hematología e Inmunología y de Oncología y Radiobiología; en Villa Clara, el Hospital José Luis Miranda; en Camagüey, el Hospital Pediátrico Provincial Docente Dr. Eduardo Agramonte Piña; en Holguín, el Hospital General Docente Octavio Concepción y de la Pedraja; y en Santiago de Cuba, el Hospital Docente Pediátrico Sur Dr. Antonio María Béguez César).
– Garantizar el inicio de la terapéutica en un término no mayor de siete días para pacientes no complicados y entre 24 y 72 h para los que presentan complicaciones iniciales.
– Aplicar el razonamiento diagnóstico de forma individual de acuerdo a lo establecido en los protocolos de tratamiento para la oncopediatría y previa valoración de los casos en el grupo multidisciplinario.
– Identificar y diagnosticar toda lesión o estado preneoplásico y maligno del complejo bucal en etapas tempranas.
– Hacer seguimiento evolutivo entre la institución que brinda la atención, el área de salud correspondiente y los trabajadores sociales de todos los casos detectados y tratados.
– Evaluar con frecuencia trimestral las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de cada paciente con cáncer, para la búsqueda de soluciones.
– Para el seguimiento de las necesidades de los niños con cáncer se establece a nivel de cada territorio un trabajo integrado entre el coordinador provincial de cáncer y el funcionario que atiende el Departamento de Trabajo Social en cada provincia, quien enviará a la Sección Independiente del Control del Cáncer (SICC), con frecuencia trimestral, la actualización de la solución de las necesidades de estos pacientes a través del *software* ONCOPED, lo que permitirá disponer de información en tiempo real para la toma de decisiones (fig. 62.12).

Indicadores de proceso y de impacto para la evaluación:

– Número de casos nuevos diagnosticados al año por provincia.
– Número de fallecidos por cáncer al año según diagnóstico.
– Porcentaje de necesidades de salud pendientes de solución.
– Número de provincias que mantienen seguimiento de las condiciones de vida de niños y adolescentes con cáncer.

Cáncer de mama

La población diana es la población femenina mayor de 30 años. Su algoritmo de actuación en la figura 62.13.

Objetivos del Programa Integral para el Control del Cáncer:

– Incrementar el diagnóstico en etapas tempranas.
– Reducir la tasa de mortalidad anual en el 2 %.
– Incrementar la sobrevida.
– Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Procedimientos de intervención:

– Controlar el 100 % de la población femenina mayor de 30 años.
– Realizar trabajo educativo sistemático con la población de riesgo para que adopten una actitud responsable con relación a la prevención y la percepción del riesgo de cáncer de mama.
– Realizar el examen clínico de las mamas con frecuencia anual a toda mujer mayor de 30 años.
– Enseñar la técnica del autoexamen de mama a toda la población femenina.
– Valorar en la consulta de mastología municipal a toda mujer remitida del consultorio del médico de la familia con alguna alteración en la mama.
– Remitir a toda mujer con alta sospecha de cáncer de mama a la institución hospitalaria de referencia, para valorar por el grupo multidisciplinario de atención al paciente con cáncer (Instrucción No. 1/2007), diagnosticar e indicar el tratamiento oportuno.
– Realizar seguimiento evolutivo, entre la institución que brinda la atención y el área de salud correspondiente, de todos los casos detectados y tratados.
– Garantizar la cirugía reconstructiva de la mama en los centros acreditados para este fin (Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Instituto de Oncología y Radiobiología y Hospital Provincial Docentede Oncológico María Curie, de Camagüey). En la medida en que se creen las condiciones estructurales y de recursos humanos, se habilitarán nuevos centros.

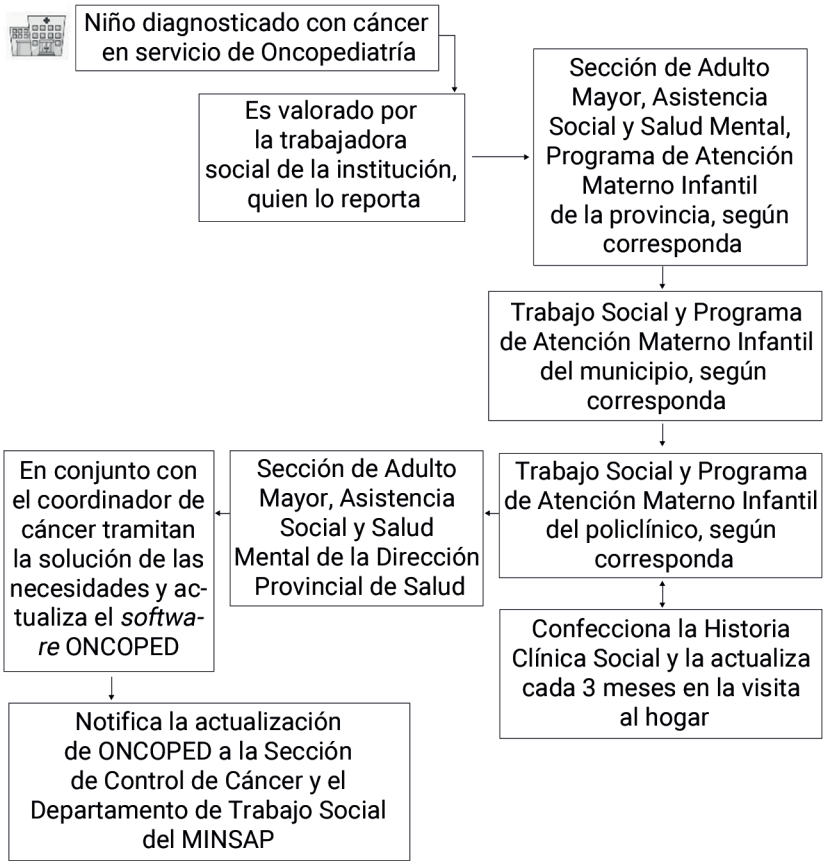


Fig. 62.12. Algoritmo de actuación para trabajo social en cáncer infantojuvenil.

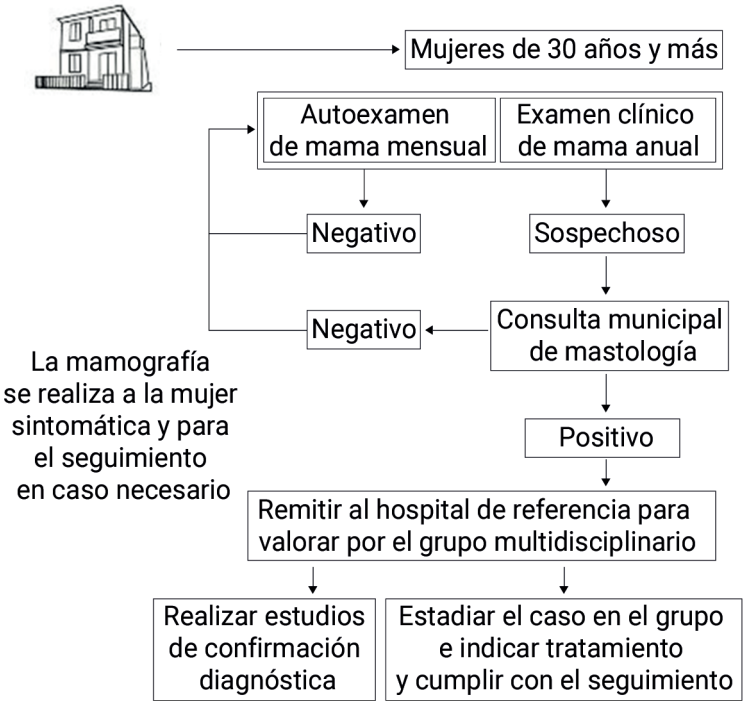


Fig. 62.13. Algoritmo de actuación para cáncer de mama.

Indicadores para la evaluación:

– Tasa de incidencia por cáncer de mama.
– Tasa de mortalidad por cáncer de mama.
– Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas precoces.
– Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas avanzadas.
– Razón mortalidad/incidencia.
– Porcentaje de pacientes encuestados satisfechos con la atención.

Cáncer de piel

La población diana de este tipo de cáncer es la población de riesgo. Son las personas de piel blanca con ojos claros, pelo rubio o rojizo, antecedentes de quemaduras solares, personas que realizan actividades diarias ocupacionales o recreativas con exposición al sol, antecedentes familiares de cáncer de piel y población en general. Su algoritmo de actuación en la figura 62.14.

Objetivos del Programa Integral para el Control del Cáncer:

– Incrementar el diagnóstico en etapas tempranas.
– Reducir la tasa de mortalidad anual en el 2 %.
– Incrementar la sobrevida.
– Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Procedimientos de intervención:

– Controlar el 100 % de la población con riesgo (antecedentes de quemadura, actividad fotoexpuesta y cáncer de piel personal y familiar).
– Realizar trabajo educativo sistemático con la población de riesgo para que adopten una actitud responsable con relación a la prevención y la percepción del riesgo de cáncer de piel.
– Realizar el examen clínico de la piel con frecuencia anual a toda la población en busca de lesiones premalignas.
– Realizar encuesta nacional para conocer el nivel de información de la población cubana mayor de 60 años sobre el cáncer de piel, los factores predisponentes y las medidas de prevención.
– Remitir al policlínico correspondiente o a la institución hospitalaria de referencia a todo paciente con lesiones sospechosas de cáncer de piel para valorar por el dermatólogo.
– Los casos con sospecha de cáncer de piel (melanoma) serán valorados por el grupo multidisciplinario de atención al paciente con cáncer para diagnosticar e indicar el tratamiento oportuno.
– Realizar seguimiento evolutivo, entre la institución que brinda la atención y el área de salud correspondiente, de todos los casos detectados y tratados.

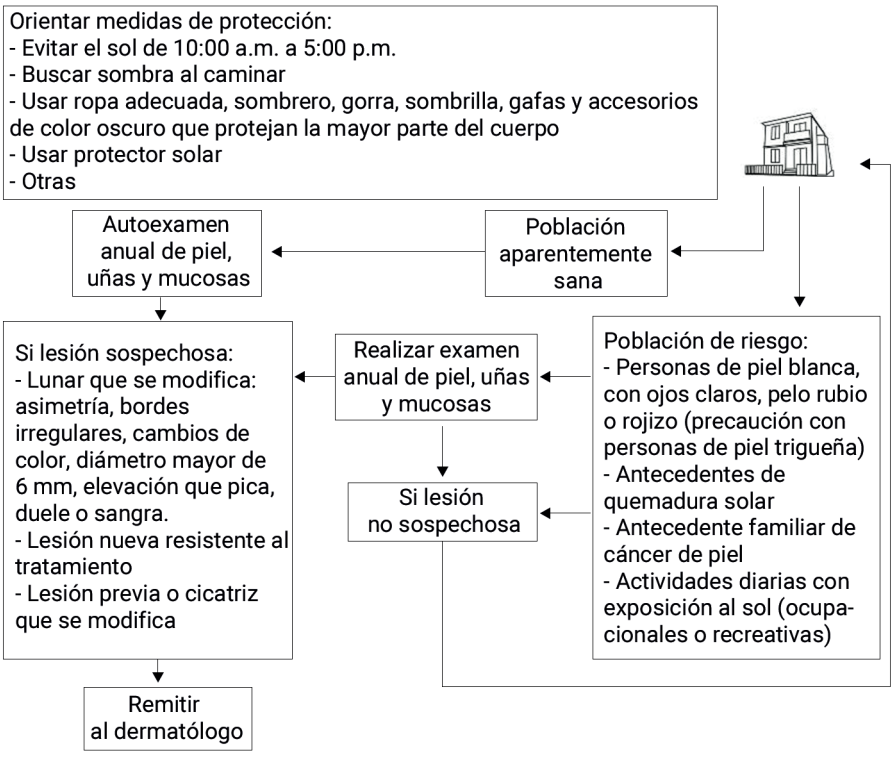


Fig. 62.14. Algoritmo de actuación para cáncer de piel.

Indicadores de proceso y de impacto para la evaluación:

– Tasa de incidencia por cáncer de piel.
– Tasa de mortalidad por cáncer de piel.
– Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas precoces.
– Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas avanzadas.
– Razón mortalidad/incidencia.
– Porcentaje de pacientes encuestados satisfechos con la atención.

Signos de alarma en el cáncer

Algunos síntomas o signos alertan de un posible inicio de cáncer por los que se debe acudir al médico. Algunos de estos signos de alarma son generales, pero tienen utilidad para realizar exploraciones físicas y los análisis necesarios para descartar o confirmar un diagnóstico.

Los signos de alarma de un posible cáncer son los siguientes:

– Pérdida de peso inexplicable.
– Fatiga.
– Sudoración nocturna.
– Inapetencia.
– Dolor persistente de aparición reciente.
– Náuseas o vómitos recurrentes.
– Sangre en la orina.
– Sangre en las heces (ya sea visible o detectable solamente mediante pruebas especiales).
– Cambio reciente en los hábitos intestinales (estreñimiento o diarrea).
– Fiebre recurrente.
– Tos crónica.
– Cambios en el tamaño o en el color de un lunar o cambios en una úlcera de la piel que no cicatriza.
– Ganglios linfáticos agrandados.
– Una llaga que no cicatriza.
– Un crecimiento o marca en la piel que se hace más grande o cambia de apariencia.

Bibliografía

Globocan 2018. Recuperado de: https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018.

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2018). *Anuario Estadístico de Salud 2017*. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Recuperado de: https://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf

_____ (2017). *Programa Integral para Control del Cáncer. Pautas para la gestión de implementación*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-integral-para-el-control-del-cancer-en-cuba-pautas-para-la-gestion-de-implementacion/

_____ (2012a). *Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Control del cáncer en Atención Primaria de Salud. Experiencias cubanas*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CUB_B5_CUB_Estrategia_cancer.pdf

Romero, T. Abreu, G. Monzón, A., Bermejo, W. (2015). El cambio de paradigma para el control del cáncer en América Latina: prevenir, detener el proceso y prolongar la vida. En *Manual de cuidados paliativosen la enfermedad neoplásica. Aspectos generales*. La Habana.

OMS/OPS (2018).*Programa de la OMS de lucha contra el cáncer*. Recuperado de:https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14048:world-cancer-day-2018-advocacy-materials&Itemid=40602&lang=es

Capítulo 63
Atención al paciente en estadio terminal

Nancy Guinart Zayas y Roberto Alvarez Sintes

La esperanza de vida al nacer en Cuba es de 78,45 años para ambos sexos. Muchas enfermedades infecciosas han sido vencidas, algunas han desaparecido (viruela) y otras han aparecido (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, ha aumentado 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 en la organización y distribución de los recursos en el sistema de salud, en la actitud hacia la muerte y el proceso de morir y en la formación y entrenamiento que deben recibir los estudiantes 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. Las enfermedades oncológicas generan entre el 90 % y el 95 % de los pacientes terminales.

Condiciones:

– 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 borrarse.

Entre las enfermedades neurológicas están la esclerosis lateral amiotrófica, la arteriosclerosis cerebral y la demencia de Alzheimer, así como otras entidades que provocan un proceso irreversible renal, cardiaco, 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, hay además 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.

Si se tiene la certeza científica de la inmediatez inevitable de la muerte, no hay que obstinarse en prácticas terapéuticas inútiles que solo disminuyen el grado de bienestar del enfermo.

Cuidados paliativos

La alta frecuencia de personas enfermas en situación terminal se ha convertido en un problema social para la salud pública. La experiencia y los principios de los cuidados paliativos han demostrado su eficacia en la atención de las necesidades puntuales de este grupo de pacientes, en el control de los síntomas según vayan apareciendo, en la comunicación, apoyo emocional y no abandono y en la eficiencia del sistema sanitario. Este último debe proveer al programa de salud de la suficiente cobertura, efectividad, equidad, justicia y estabilidad, y la 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.

Los pacientes necesitan cuidados paliativos cuando se presenta:

– Enfermedad avanzada, progresiva, incurable, con pronóstico limitado de vida.
– Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento con fines curativos.
– Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, cambiantes y multifactoriales, con evolución oscilante o progresiva.
– Gran impacto emocional por la posibilidad de muerte inminente, con afectaciones en la familia.

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 a seguir en estos últimos días es el objetivo principal de la medicina paliativa, y estos cuidados se diferencian de los cuidados curativos tradicionales por una serie de fundamentos.

Elementos a tener en cuenta para los cuidados paliativos:

– El paciente y su familia se consideran 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 bienestar 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.

La Organización Mundial de la Salud sugiere los siguientes principios para los cuidados paliativos:

– Lograr alivio del dolor y de otros síntomas.
– Privilegiar la vida, y contemplar la muerte como un proceso natural.
– No intentar precipitar ni retrasar el momento de la muerte.
– Integrar los aspectos psicológicos y espirituales en la atención del paciente.
– Ofrecer al paciente un soporte que le permita vivir tan activamente como sea posible, hasta su muerte.
– Ofrecer a la familia un soporte que le ayude a encarar el sufrimiento del paciente y de su propio duelo.
– Emplear un enfoque de equipo para responder a las necesidades del paciente y de su familia, incluyendo el acompañamiento psicológico del duelo, si fuera necesario.
– Se puede mejorar la calidad de vida e influir de manera favorable sobre el curso de la enfermedad.
– Pueden aplicarse en un estadio precoz de la enfermedad, paralelamente a otras terapias enfocadas a prolongar la vida, la quimioterapia o la radioterapia; son también 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.

Son razones para la hospitalización los siguientes factores:

– Síntomas mal controlados.
– Curso clínico rápidamente progresivo.
– Carencia de apoyo sanitario.
– Gran ansiedad del paciente o del familiar.
– Imposibilidad de cuidados por parte de la familia.
– Preferencia del paciente por permanecer en el hospital.

Atención a los síntomas principales en el nivel primario de atención

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, se debe contar con dos requisitos fundamentales para estos cuidados paliativos, el primero es una adecuada disposición familiar y luego 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 aísle 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 terminen 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 los 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.

Se explicarán a continuación las posibles acciones a seguir en la atención de algunos de los principales síntomas que tienen este tipo de pacientes.

Disnea

La disnea es una sensación de dificultad para respirar, es una sensación subjetiva que implica tanto la percepción de falta de aire como la reacción del enfermo, aparece en el 70 % de los pacientes con cáncer de pulmón y en el 50 % de todos los enfermos con cáncer terminal.

El ataque de pánico respiratorio es la disnea terminal en la que el enfermo tiene la sensación de morir asfixiado, es una urgencia paliativa.

Conducta:

– 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: diazepan (5 a 10 mg cada 12 h por vía oral).
  • Midazolam, 5 mg por vía subcutánea, en ataque de pánico.
  • Opiáceos: morfina soluble 5 mg cada 12 h al inicio, si se administraba previamente, aumentar la dosis al 50 %.
– Oxígeno: solo si el paciente presenta dependencia psicológica.
– Corticoides: dexametasona 2 a 4 mg cada 6 a 8 h por vía oral o subcutánea. Si la disnea no responde se puede sedar al paciente evitando de este modo que 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. Puede ser:

– Productiva:
  • Humidificar el ambiente, aumentar la ingesta de líquidos, posición decúbito lateral, educación.

- Mucolíticos no irritantes, es muy importante no usar antitusivos.

– Seca:
  - Medidas similares a las anteriores.
  - Antitusígenos: codeína 30 a 60 mg cada 4 h, morfina 5 mg cada 4 h.

– Húmeda y sin capacidad de expectoración:
  - Medidas generales.
  - Antitusígenos de acción central: codeína, dihidrocodeína.
  - Estertores previos a la muerte.
  - Sonido producido por la oscilación de las secreciones asociado a movimientos respiratorios. Se aprecia en pacientes muy débiles, sobre todo agónicos, provoca mayor angustia 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 en estadios terminales que consiste en un reflujo patológico respiratorio.

Tratamiento:

Si es transitorio se emplean técnicas elementales como respirar dentro de bolsa plástica, hiperextender el cuello o comprimir el nervio frénico a su paso por el cuello. Si es permanente:

– Metoclopramida 10 mg cada 6 h.
– Antiácidos.
– Sonda nasogástrica.
– Clorpromazina (10 a 25 gotas cada 6 a 8 h).
– Dexametasona (2 a 4 mg cada 6 a 8 h, si existe tumor cerebral).

Síntomas gastrointestinales

Los síntomas gastrointestinales pueden ser de etiología variada, desde irritación del tracto gastrointestinal hasta la obstrucción o el estreñimiento.

Estreñimiento. Su causa puede ser anorexia, inactividad física, debilidad, escasa ingesta de líquidos, hipercalcemia o drogas (codeína, morfina). La principal causa que lleva a otras complicaciones es la falta de alimentación, debido a la anorexia.

Tratamiento:

– Dieta rica en fibra (zumo de frutas, vegetales, pan integral).
– Movilización.
– Modificar los tratamientos.
– Laxantes de 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.

Fecalomas. Taponean el flujo normal del tracto intestinal.

Tratamiento:

– Enema o supositorio.
– Enema con aceite.
– En cualquiera de los dos casos anteriores debe hacerse lavado posterior con suero fisiológico. Hay que 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. Hay que considerar que en el enfermo con cáncer avanzado el aumento del apetito no va a mejorarlo de la enfermedad, esto hay que explicarlo a la familia. La aparición de este síntoma es más rápida cuanto más rápida es la evolución del tumor.

Tratamiento:

– El objetivo es mejorar la calidad de vida del enfermo y no mejorar la enfermedad.
– Explicar a la familia y al enfermo la situación e intentar su adaptación, ya que la anorexia 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. Con preferencia 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, por vía oral.
– Ciproheptadina: favorece la ingesta, pero no la pérdida de peso.

Caquexia

Se define como la delgadez y el 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.

Conducta a seguir:

– Cuidado con las maniobras que haya que hacer con el enfermo (baño, cambios posturales) el simple hecho de tocarlo 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; estos cuadros pueden presentarse en forma aislada o combinados.

Insomnio. Incapacidad para dormir. Muchos de los enfermos le tienen 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 un ambiente agradable sin ruidos y luces y temperatura adecuada.
– Velar que la cama esté cómoda.

Medidas farmacológicas: Se basan en el uso de benzodiazepinas, ya que provocan el sueño más fisiológico, se deben usar las que tengan una acción rápida, sostenida y no residual (efecto sedativo):

– Trianzolam 0,125 mg en la noche.
– Brotizolam 0,25 a 0,50 mg en la noche. En caso de que se quiera una sedación residual se utilizan los de vida media larga.
– Nitrazepan 5 a 10 mg en la noche.
– Flunitrazepam 2 mg en la 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 bienestar físico.
– Creación de un ambiente cálido y amable por parte de la familia.
– Atención particularizada a las necesidades espirituales.

Medidas farmacológicas: Basadas en el uso de benzodiacepinas, que son fármacos ansiolíticos e hipnóticos. El fármaco de primera elección es el diazepan, de 2 a 5 mg en la noche; puede llegar a incrementarse hasta 40 a 60 mg por vía oral, repartido en tres tomas. El de segunda elección es el lorazepam, de 1 a 4 mg en la noche, hasta un incremento de 10 mg repartido en cuatro dosis.

Depresión. Es un cuadro caracterizado por la disminución en el estado de ánimo o por pérdida del interés por todo o casi todo. Cree permanentemente que no vale la pena vivir, presenta ideas suicidas y hay riesgo de llega a hacerse real. El paciente suele ser hostil, irritable, agresivo y 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 sus 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 basan en el uso de antidepresivos heterocíclicos, el fármaco de elección es la amitriptilina. Se comienza con 10 a 25 mg al acostarse, para luego incrementar a 25 mg cada 2 a 3 días, hasta conseguir el efecto deseado; se consigue en dosis de 75 a 125 mg/día. Cuando se consigue la dosis deseada esta se mantiene hasta 3 semanas.

Confusión. Los trastornos cognitivos son complicaciones frecuentes del cáncer en estado avanzado. El fallo principal es el delirio, que puede ser en un inicio reversible. El delirio dificulta la valoración del dolor; se caracteriza por desorientación en tiempo y espacio, perdida de la capacidad de concentración, trastornos de 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 cada 12 h, por vía oral, si los síntomas persisten o empeoran la dosis puede incrementarse hasta 20 a 30 mg/día.

Síntomas urinarios

Existen diferentes síntomas que pueden afectar al sistema urinario de los pacientes con enfermedad maligna terminal.

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 la amitriptilina y la imipramina.

Espasmo vesical. Es un 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 disminuir el volumen del balón.
– Tratamiento sintomático: amitriptilina 25 a 50 mg/24 h, por vía oral; naproxeno 250 a 500 mg cada 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

La piel suele afectarse en un alto porcentaje de pacientes en estado terminal, ya sea por la propia enfermedad o la inmovilización secundaria.

Prurito. Muy incómodo y produce lesiones de rascado. Es necesario evitar los baños calientes y prolongados. El tratamiento farmacológico se realiza con los antihistamínicos, sedantes como la clorpromazina de 25 a 50 mg cada 12 h por vía oral.

Úlceras de decúbito. Son características de los enfermos encamados durante largos periodos.

Conducta a seguir:

– Medidas de prevención.
– Mantener la piel limpia, evitando contacto con la orina, heces y 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 y 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.
– Antinflamatorio no esteroideo (AINE): paracetamol, naproxeno 250 mg cada 12 h por vía oral.
– Corticoides: útiles tanto en la fiebre de origen tumoral como infecciosa, están indicados cuando no se controlan con antinflamatorios no esteroideos.

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.

Recomendaciones:

– 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 y masticar porciones de frutas.

Convulsiones

Pueden aparecer 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 intravenosa para evitar los episodios, además, da buen resultado el ácido valproico, en dosis que oscilan entre 200 y 400 mg dos veces al día.

Comunicación y apoyo familiar

Los enfermos en estado 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 de bienestar.

El sufrimiento no es un síntoma ni un diagnóstico, sino una experiencia humana muy compleja. Por lo tanto, el paciente necesita, además del control de los 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 muchas veces los que lo rodean no lo escuchan ni comparten estas 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 al paciente. Lo que un profesional debe decir al paciente siempre debe adaptarse a cada persona y tener 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:

– Ser una herramienta terapéutica de alta eficacia.
– Reducir el miedo y la incertidumbre.
– Permitir la toma de decisiones.
– Controlar la vida que queda.
– Cambiar el significado de la enfermedad.
– Fortalecer 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 la priorización de las aspiraciones pendientes. La etapa final puede servir en algunos casos para la reconciliación, el crecimiento personal y el enriquecimiento del paciente y sus seres queridos.

Bibliografía

Andrade, N. M., 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)**.** *Guía de cuidados paliativos*. Madrid. Recuperado de: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1

Borcia Goyanes, J.J. (2001). El viejo y su futuro. En: Hayflectz, I., Barcia, D., Miguel, J., (eds). *Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico.* Madrid: Editorial Ela SL, p. 413.

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2020). *Anuario Estadístico de Salud 2019*. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. [citado 20/01/2021]. Recuperado de: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf

_____ (CUB) (2017). *Programa Integral para Control del Cáncer. Pautas para la gestión de implementación*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-integral-para-el-control-del-cancer-en-cuba-pautas-para-la-gestion-de-implementacion/

OMS/OPS (2018). *Programa de la OMS de lucha contra el cáncer.* Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14048:world-cancer-day-2018-advocacy-materials&Itemid=40602&lang=es

Polaino Yorente, A. (2002). La familia y la sociedad frente al enfermo terminal. En:González Baron, M. (ed.). *Tratado de medicina paliativa.* Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

Romero, T., Abreu, G., Monzón, A., Bermejo, W. (2015). El cambio de paradigma para el control del cáncer en América Latina: prevenir, detener el proceso y prolongar la vida. En: *Manual de cuidados paliativos en la enfermedad neoplásica.* Aspectos generales. La Habana.

Sanz Ortiz, J., Gómez Batista, X., Gómez Sancho, M., Núñez Olarte,J.M. (2004). *Cuidados paliativos*. Madrid: Editorial Ministerio de Sanidad y Consumo.

Familia

Capítulo 64. La familia en el ejercicio de la medicina general integral
Capítulo 65. Campo de la salud familiar
Capítulo 66. La familia en el proceso salud-enfermedad
Capítulo 67. La entrevista familiar
Capítulo 68. Enfoque e intervención familiar en la atención sanitaria integral
Capítulo 69. Tratamiento a la familia
Capítulo 70. Orientación a la familia
Capítulo 71. Atención a la familia del paciente en estadio terminal
Capítulo 72. Historia de salud familiar
Capítulo 73. Planificación familiar y anticoncepción
Capítulo 74. Pareja infértil e infertilidad
Capítulo 75. Riesgo reproductivo

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 64
La familia en el ejercicio de la medicina general integral

Isabel Louro Bernal

Distintas ciencias han abordado el estudio de la familia desde su ámbito de interés específico. La filosofía, la sociología, el derecho y la psicología, entre otras, han aportado elementos sobre su significado con diferentes grados de generalidad. Son innumerables las definiciones del concepto "familia" y cada una brinda contribuciones específicas. Estudiosos del tema elaboran su propia definición en función de sus intereses investigativos.

Entre las definiciones de familia están la de ser la 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 de otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica.

Procesos materiales y espirituales en la familia

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 la familia pasa a ser acumulación de riquezas y su transmisión a los herederos legítimos.

La familia es la institución básica de la sociedad porque 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. Ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y la 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 una 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, ha estado condicionada e influida por las leyes sociales y económicas y por 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 su 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 ella cumple 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 va imponiéndole.

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. 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 luego 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 su personalidad, como son la identidad del yo, la socialización y la autonomía, entre otros.

A los efectos de la atención primaria de salud y de los estudios sociopsicológicos de corte comunitario, el concepto grupo familiar se precisa 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 el que puede incluir aquellas que no tengan vínculos consanguíneos, pero comparten la vida 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 de 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 del 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 investigación científica de la familia requiere considerar al grupo familiar como una unidad para el análisis y como guía teórica y metodológica para la acción. La delimitación del concepto con el cual operar debe considerar al grupo familiar unido por vínculos consanguíneos, afectivos y cohabitacionales.

Familia como sistema

La teoría general de los sistemas planteada por Ludwing von Bertalanffy (1976) propone principios y leyes aplicables a sistemas generalizados sin importar el género, la naturaleza de los elementos o las fuerzas participantes. Plantea que esta teoría es válida para sistemas en general, ya sean del campo de la física, la biología o la sociología, como consecuencia de la existencia de propiedades generales, 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 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 los 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 con una finalidad y 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 de familia se interpreta en sentido de su función, 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 mismas 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, 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 subsistema integrante de la sociedad, contribuye a la formación y desarrollo de esta. En el contexto del sistema familiar, el hombre se convierte en un ser preparado para aportar a la vida social. Los elementos de un sistema poseen atributos, es decir, determinadas propiedades, las que se aplican también 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 estructural 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 para 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 en el cumplimiento de las funciones, tanto materiales como 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 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 demandan cambios.

Tendencia al equilibrio: Es la característica del sistema familiar de restablecer el equilibrio del grupo como un todo; la tendencia a buscar la estabilidad, 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, dígase, por ejemplo, la escuela, el centro laboral, centros de salud, etc.

Criterios de clasificación del sistema familiar según la relación con:

– El medio. Es un sistema abierto.

– El grado de complejidad. Es muy complejo, en tanto sistema donde rige la autorregulación, la retroalimentación y debido a la propia naturaleza de los miembros, que son los 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 los efectos que lo generan (Ej.: 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 casi estable, pues sus elementos sufren cambios que desestabilizan el sistema. El medio social proporciona diversas situaciones a la familia que la desestabilizan. Aunque tiende a recuperar su equilibrio y lo logra, existen periodos de inestabilidad, aun en los sistemas más estables. El sistema familiar tiende a la estabilidad, 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. Solo con una concepción dialéctica se pueden superar las limitaciones atribuibles al enfoque sistémico, a su historicidad 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.

Como funciones se entienden las actividades que de forma cotidiana realiza la familia, las relaciones sociales que establecen en el cumplimiento 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 cumple en relación con la sociedad se realizan al mismo tiempo que se desarrollan sus vínculos con el entorno inmediato, con la comunidad, y en los procesos y relaciones intrafamiliares (Ej.: la función de reproducción de la población).

En la literatura revisada se describen tres grandes grupos de funciones, biosociales, económicas y educativo-culturales.

Función biosocial. La familia cumple la función de reproducción, 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, natalidad.

Función económica. Se ejerce por medio de la realización de las diferentes actividades para garantizar la integridad de los miembros. Incluye la obtención y administración de los recursos, tanto monetarios como de consumo, en la satisfacción de necesidades básicas, tanto por la vía del abastecimiento como por la del 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 y económico de la sociedad y, a la vez, se producen los recursos que garantizan 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 en el que se crean las bases para su participación en la vida social. Es el sitio donde se forma, se recupera y se desarrolla el individuo en su intercambio constante con la sociedad y en el transcurso de todas las etapas de la vida.

Función educativo-cultural. Se refiere a la influencia que ejerce la familia sobre sus miembros en todo el proceso de aprendizaje individual y en el propio desarrollo familiar. Es la función que produce la transmisión de experiencia histórico-social en la vida cotidiana; también la transmisión de los valores ético-morales que se derivan de los principios, normas y regulaciones observados y aprendidos en la familia en sus 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 las 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 vista 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 al 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, 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; es, además, 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 ejerce una función amortiguadora ante las tensiones que genera la cotidianeidad. Es conocido para todos que una ayuda familiar, tanto de índole económico-material como espiritual, contribuye a paliar el impacto de ciertos cambios de alto significado para la vida del sujeto.

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 o a pasar malos ratos, como, por ejemplo, enfrentar 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, a menudo, es generadora de estrés en sí misma. Muchos de los casos de estrés a 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.

Las funciones psicosociales de la familia, a modo de resumen, 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 de conducta social, éticos y morales.
– Transmisión de la experiencia histórico-social y de los valores de la cultura.

Estructura de la familia

La composición de la unidad familiar permite una clasificación de la familia según su estructura y 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 seis miembros.
  • Familia mediana: entre cuatro y seis miembros.
  • Familia pequeña: de uno a tres miembros.

Este dato es útil para la obtención del índice de hacinamiento y el percápita familiar. Para el análisis de la situación de salud, su valor dependerá de otras características estructurales como 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 a 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 del 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.

Familia nuclear: 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.

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 su 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.

Algunas condicionantes:

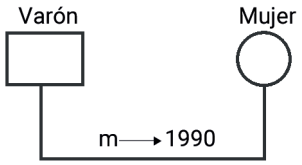
- Si la pareja sufrió muerte, divorcio o separación de uno de los dos cónyuges y es nuclear, se denomina familia monoparental.
- Si falta un miembro de una generación ya la familia tiene carácter de incompleta. Se denomina completa cuando están representados en el subsistema conyugal ambos cónyuges.
- Si existe matrimonio nuevo, se denomina familia reconstruida o reconstituida, o de segundas o terceras nupcias.

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.

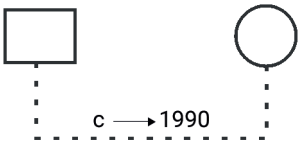
Representación gráfica

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 cada uno de sus miembros. Es el formato de símbolos que se utiliza 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 a las personas y las líneas describen las relaciones; varón a la izquierda, 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 la unión, matrimonio (m 1990) o concubinato (c 1990).

En la 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.

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Si es necesario reflejar las uniones previas, se colocan también, y se pone ausente a la pareja anterior (fig. 64.1).

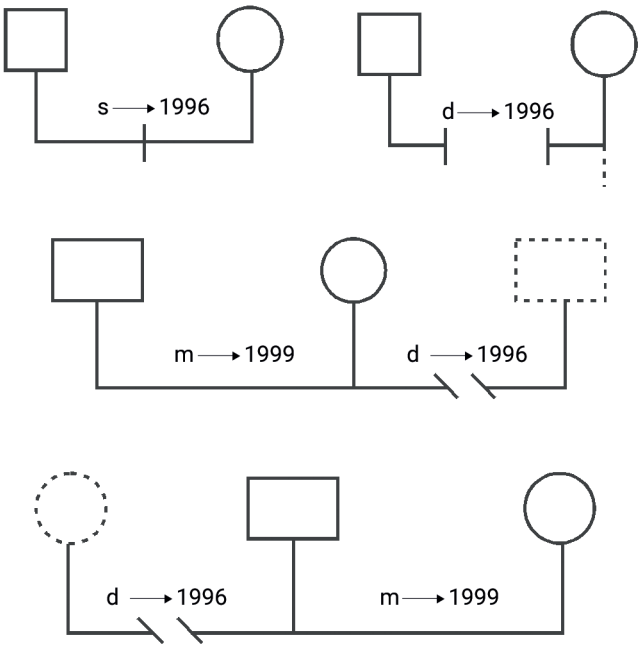


Fig. 64.1. Representación de los tipos de uniones de pareja.

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 (fig. 64.2).

Los abortos espontáneos se reflejan con una línea continua, al 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. Los neonatos muertos se representan 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 (fig. 64.3).

En los casos de 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.



Para el miembro fallecido se coloca una "x" dentro del círculo o del cuadrado, según corresponda.



Registro de la información individual. Consiste en colocarle al familiograma 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.

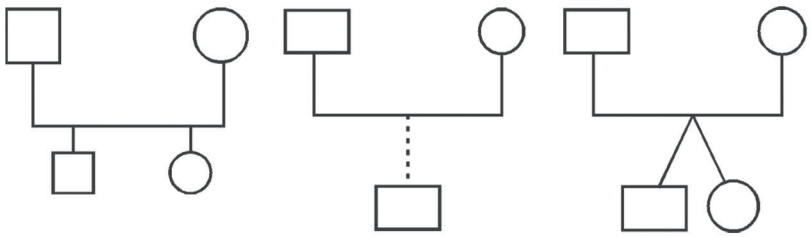


Fig. 64.2. Representación de la descendencia.

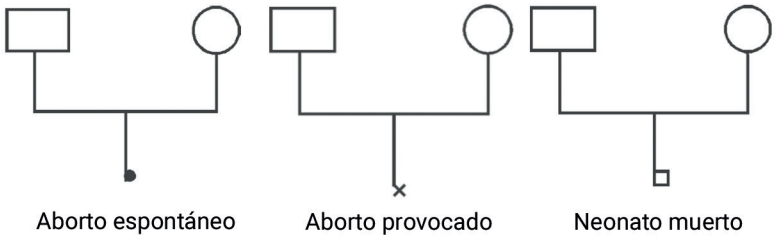


Fig. 64.3. Representación de pérdidas de la posible descendencia.

Señalamiento de las relaciones familiares. Este tipo de información refleja la dinámica de las relaciones. La dinámica puede ser muy cambiante o perdurar largos periodos. 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 se representan a través de diferentes líneas y se basan en la cercanía afectiva (fig. 64.4).

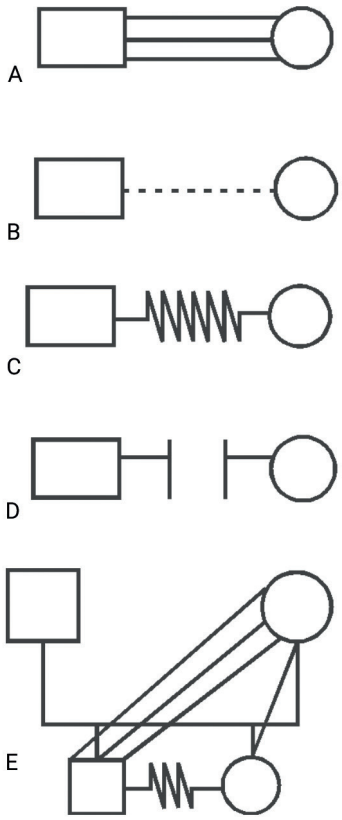


Fig. 64.4. Dinámica de las relaciones. A. Fusionada, sobreinvolucrada. B. Relación distante. C. Relación conflictiva. D. Ruptura de la relación. E. Relaciones, si es normal no se trazan líneas.

El familiograma 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 integrante, así como anticipar los posibles conflictos que pueda enfrentar la familia e identificar algunas estructuras que pueden constituir riesgo en sí mismas (figs. 64.5 a 64.7).

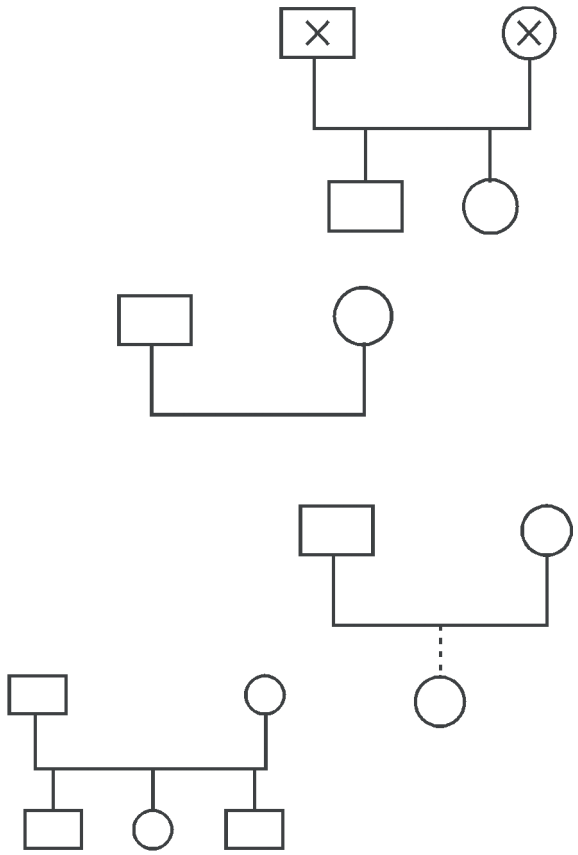


Fig. 64.5. Ejemplo de familia nuclear.

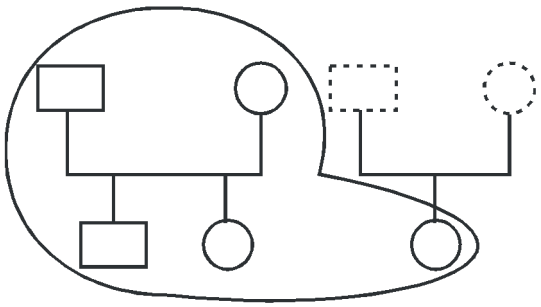


Fig. 64.6. Ejemplo de familia ampliada.

Entre los ejemplos de familias representados pueden verse tres con estructuras que pueden 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.

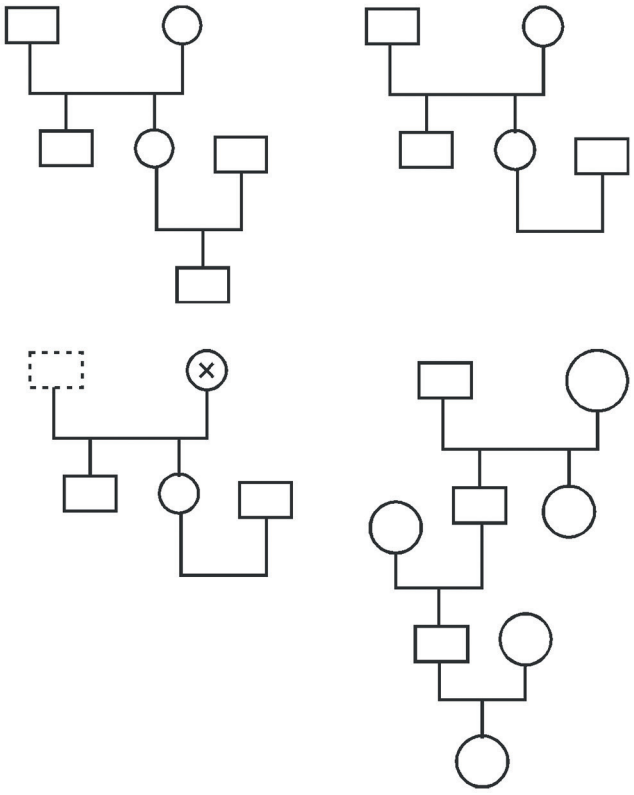


Fig. 64.7. Ejemplo de familia extensa.

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 década de los 90 del siglo pasado que afectan la composición y la dinámica familiar. Entre ellas 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 de la maternidad precoz. El 17,3 % del total de las 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 (ONEI, 2016).

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 una variada y compleja tipología de la 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. Se han quedado atrás ciertos prejuicios enraizados históricamente en la cultura sexista de género.

Hoy se produce una transición en la que 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.

Aun 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 debido a 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, pero 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, como la carencia de los servicios domésticos y de mantenimiento de los hogares y las 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 a la familia es la desvalorización del trabajo como fuente de ingresos monetarios para la satisfacción de necesidades, que trae una 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 a 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 traen aparejadas 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 como los 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 (Alvarez, 2000).

Las propias características de organización del sistema sociopolítico cubano han proporcionado 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 cubanos se han desplegado en la recuperación de la economía para impedir que la crisis tome valores extremos; no obs-

tante, 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 (ONEI, 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 64.8 se resumen los fenómenos que justifican la complejidad de la vida familiar actual.



Fig. 64.8. Factores que intervienen en la complejidad de la vida familiar.

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 hacer 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 entre constantes exigencias que demandan los acontecimientos de la vida, la organización y la 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. Un ejemplo es el nacimiento de un hijo o la separación de la pareja.

El impacto que produce la ocurrencia de un acontecimiento de este tipo 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 gama de sucesos que tienen carácter accidental y que por lo general tienen significado negativo, ya que están relacionados con pérdidas inesperadas, puede ser la muerte de un hijo, de uno de los padres o de un familiar antes del periodo comprendido en la esperanza de vida, o una pérdida violenta. También están los 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 incluyen las enfermedades graves y estigmatizadas como el sida, el cáncer, las enfermedades invalidantes y sus secuelas, las enfermedades psiquiátricas, orgánicas y el déficit mental.

El impacto de estos acontecimientos tendrá una repercusión familiar variable en función de la atribución y el 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 y 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 periodos 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 de crisis se le 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 dependen del ciclo de desarrollo y las que puede sufrir por 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 con problemas. 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, por lo general, va produciendo uno o más miembros en estado de desequilibrio o enfermedad. El hecho de vivir una o varias crisis no siempre es la causa de disfunciones familiares, sino el modo en cómo se enfrentan a ellas.

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

Existen diferentes clasificaciones del ciclo vital. En la tabla 64.1 se expone la clasificación que ofrece al respecto la Organización Mundial de la Salud.

Tabla 64.1. Clasificación del ciclo vital de la familia según la OMS

Etapas	Acontecimientos que la definen	
	Comienzo	Final
Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
Extensión	Nacimiento del primer hijo	Primer hijo que sale del hogar
Contracción	Primer hijo que 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, que va desde el nacimiento del primer hijo hasta su salida, la cual puede durar hasta 25 o 30 años, pero que contiene periodos bien complejos como la etapa preescolar, escolar y la adolescencia. En esta clasificación la etapa de extensión es muy larga y poco homogénea.

Algunos autores han definido una etapa intermedia de consolidación de la extensión, que comienza con la entrada del primer hijo en la escuela e inicia un periodo diferen-

te de interacción con la institución que marca pautas importantes en la vida del niño, así como de interacción con maestros y grupos coetáneos. Esta etapa de la fase de extensión 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 después.

Cada etapa del ciclo vital está caracterizada por un conjunto de tareas o funciones derivadas de la situación y los roles principales que tienen los miembros del núcleo familiar. De igual forma, en cada una 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 el matrimonio, el embarazo y el 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 de la concepción. 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 su 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 su 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 a su vez permita el desarrollo personal y el de la pareja.

Posibles conflictos:

– Frustración de expectativas relativas al matrimonio.
– El rol individual prevalece frente a la dualidad de pareja.
– Excesiva dependencia con la familia de origen.
– Problemas con la concepción: hijo no deseado, infertilidad o aborto.
– Disfuncionalidad sexual.

Etapa de extensión

Sus eventos vitales son el nacimiento del primer hijo y la independencia de este hijo cuando se marcha del hogar.

Es la etapa más larga del ciclo y comprende una gran variedad de cambios en la familia, influidos por el crecimiento y el desarrollo de los hijos.

Una función importante, que se da espontáneamente, es el aprendizaje del rol papá/mamá-esposo/esposa. Este momento es un periodo en el cual hay una gran tarea común, la de 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, a su salud y a las 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.
– Inadecuado enfrentamiento 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.
– Inadecuado enfrentamiento a los cuidados del infante, así como de los procesos salud-enfermedad (Ej.: excesivos cuidados, madre obsesiva o hipocondríaca, abandono y negligencia).

Fase de contracción

Sus eventos principales son la salida del hogar del primer hijo y la 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 sobre el tema es frecuente encontrar esta etapa denominada como "nido vacío", para referirse a que se han ido los hijos del hogar.

En Cuba, en los momentos actuales, 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 llega muy directamente en este tipo de familia y los roles con frecuencia se intercambian, superponen o 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, por lo que 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 el medio cubano, esta fase de la familia nuclear no sufre la contracción de la pareja, ni la disminución de miembros ni de funciones con 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 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. 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 periodo.

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 la utilización de 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 disfuncionalidad 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 principales son la muerte del primer cónyuge y la 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 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 jugar un papel importante en la valoración personal, el 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 la pérdida de autonomía y la legalización interior del envejecimiento.

Posibles conflictos:

– Enfrentamiento inadecuado a la viudez.
– Enfrentamiento inadecuado a la enfermedad o incapacidad.
– Frustración ante planes fracasados.
– Falta de apoyo familiar.
– Relativos a la herencia de bienes.

Otra clasificación es la 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):

– Primera: emparejamiento.
– Segunda: paternidad-maternidad.
– Tercera: crecimiento de los hijos.
– Cuarta: salida de los hijos.
– Quinta: 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 64.2).

Momentos de crisis normativas

El ciclo vital de la familia pasa por una serie de acontecimientos denominados normativos y que marcan el paso de una etapa a otra.

Acontecimientos que marcan el paso de una etapa a otra:

– Matrimonio.
– Embarazo.
– Nacimiento del primer hijo.
– Entrada del primer hijo a una institución 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 el conocimiento utilizado para fines clasificatorios solo es válido para las familias nucleares, en las que hay hasta dos generaciones. Si se desea identificar las tareas, los problemas y los conflictos que están presentes en un hogar multigeneracional mediante el enfoque de desarrollo del ciclo vital, se requiere hacer un análisis por subsistemas, ya que cada uno está en etapas diferentes y no puede apreciarse una sola etapa.

Tabla 64.2. Clasificación de las etapas según la tarea fundamental

Fases	Tareas	Conflictos	Problemas
Primera	Separación de la familia de origen	De lealtad	Uno de los esposos sobreinvolucrado con sus padres, en contra del otro esposo
	Construcción de la nueva familia	Clarificar nuevos roles	Regreso a la familia de origen
Segunda	Balance entre responsabilidades maritales y parentales	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
	Consolidación del matrimonio		
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	Individualidad	Dependencia excesiva de los padres
	Los hijos adultos tienen una nueva familia independiente	Nido vacío	Hijos estimulados a salir fuera, a andar por su cuenta demasiado temprano
	Rol de abuelo		
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

¿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 solo 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 en el que de antemano se conocen 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. Surge la nueva tarea de asumir el rol de madre-padre sustituto.

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, el incremento de miembros o el desmembramiento:

– Crisis por incremento. Se refiere a la crisis que pueden provocar acontecimientos tales como el retorno al hogar de un hijo divorciado, 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 o del cónyuge antes del periodo esperado, hospitalización prolongada y separación por periodos largos (Ej.: 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 (Ej.: infidelidad, delincuencia, drogadicción y actos deshonrosos, 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 nivel 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, el abandono o el ingreso hospitalario prolongado.

Este tipo de crisis puede tener carácter mixto. También pueden producir desmoralización cualesquiera de las crisis restantes, si se desarrollan en un contexto y con una connotación que afecte la integridad moral de la familia.

Funcionamiento y salud familiar

En la bibliografía consultada sobre el funcionamiento familiar aparecen una variedad de acepciones y descripciones. La funcionabilidad 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, intrafamiliares. Se reconoce que estas relaciones no están aisladas de las relaciones extrafamiliares, sino que, por el contrario, están íntimamente conectadas entre sí.

La funcionabilidad de la familia es la característica con más estabilidad de relacionarse el grupo de forma interna. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se establece 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 que se produce en el proceso interactivo entre sus miembros. La dinámica relacional sistémica 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 personológico e intrasubjetivo en el proceso de formación de una familia.

Los representantes de la Escuela Estructural conceden gran importancia a las categorías, límites y jerarquías, para medir el funcionamiento familiar; los de la Escuela Comunicacional evalúan la funcionabilidad en términos de la comunicación intrafamiliar, el tipo de mensaje y los estilos comunicativos.

Evaluación

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, las investigaciones para la evaluación del funcionamiento familiar han aportado un conjunto de métodos importantes.

Según el criterio con el cual se evalúa el funcionamiento familiar, la familia puede clasificarse en familia funcional o disfuncional. Para Westley y Epstein es funcional cuando cumple las 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 en 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 el funcionamiento familiar puede medirse por los criterios de comunicación, expresión afectiva, ejercicios de roles, unión familiar, identificación de problemas, afrontamiento de crisis, desarrollo individual y respeto a la autonomía.

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.

Indicadores para considerar a una familia como funcional (Arés, 1995):

– 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 (salud mental y física, 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, la cohesión y la 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 circumplejo.

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, las relaciones de rol y las reglas, en dependencia de las situaciones de estrés. Se manifiesta en continuidad, desde el caos, poca adaptabilidad, hasta la rigidez, con exceso de patrones e inflexibilidad.

Smilkstein y colaboradores (tampoco en bibliografía) 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:

– Adaptabilidad. Capacidad de utilizar los recursos familiares y comunitarios para resolver situaciones de crisis.
– Participación. Capacidad de compartir los problemas y comunicarse con los demás para explorar el modo de resolverlos.

– Gradiente de desarrollo. Capacidad de atravesar distintas etapas del ciclo vital en forma madura, pero que permita la individualización.
– Afectividad. Capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar emociones de afecto, amor, pena o rabia.
– 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 afrontamiento.

Este método consiste en un cuestionario que da salida a dichas variables; fue validado en la población norteamericana con una muestra de 583 familias.

Otro método utilizado para evaluar funcionabilidad de las familias es el método genograma. Se basa en un estudio descriptivo-cualitativo de la familia mediante un análisis detallado de la historia familiar. Se acompaña del gráfico conocido y antes mencionado como familiograma.

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.

El 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 dentro de una circunferencia. El gráfico representa la imagen subjetiva en un individuo de la familia y sus relaciones. 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. Se detectó que la condición de disfuncionabilidad 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 con 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 64.3) fue validada en una muestra de familias de dos municipios de la ciudad de La Habana y obtuvo alta confiabilidad y validez (Pérez, de la Cuesta, Louro y Bayarre, 1991).

La prueba mide las dimensiones siguientes:
– 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 situaciones que lo requieran.
– Afectividad. Capacidad de los miembros de vivenciar 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 para brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems:
– Casi siempre 5.
– Muchas veces 4.
– A veces 3.
– Pocas veces 2.
– Casi nunca 1.

Esto permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar y clasificar a la familia en cuatros tipos:
– Familia funcional: 70 a 57 puntos.
– Familia moderadamente funcional: 56 a 43 puntos.
– Familia disfuncional: 42 a 28 puntos.
– Familia severamente disfuncional: 27 a 14 puntos.

En una investigación realizada en una comunidad del municipio Playa en La Habana, en 1997, se analizó la situación de salud familiar con el uso de grupos focales (Pérez, 1997; Louro, 2004; Ortega, 2003) y se detectaron los siguientes problemas:
– Problemas de funcionamiento familiar interno.
– Alcoholismo en uno de los miembros.
– Migraciones.
– Problemas económicos.
– Problemas de vivienda.
– Pocas opciones recreativas.

Las alteraciones en el sistema de relaciones familiares fueron identificadas como una de las causantes de los problemas de salud familiar.

La evaluación, como proceso para obtener información, categorizar y comparar con estándares establecidos, requiere de un conjunto de indicadores 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 el análisis en los planos teórico, metodológico y ético, en los cuales debe considerar:
– ¿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, 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 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.

Tabla 64.3. Prueba 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					

Consideraciones generales para efectuar la evaluación:

- 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 para 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; este elemento pudiera introducir un sesgo particular 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 que el que participe sea la persona que toma decisiones y esté al frente de la familia.
- Si la opinión de la familia se obtiene a través de un paciente, puede correrse el riesgo de que éste 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 puede producirse como resultado de la participación como vecino.
- 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, por lo que la veracidad de la información es relativamente limitada en el tiempo.
- La información con fines investigativos debe servir a la familia como retroalimentación, que pueda servir para que reciba 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 varios métodos que facilitan la evaluación, como los ya mencionados en este capítulo. Algunos son considerados directos, como la 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

Arés, P. (2003). *Familia cubana, realidad económica y políticas sociales. Fortalezas y desafíos.* [Disertación] Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.

Benítez, M.E. (2003). *La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX.* La Habana: Editorial Ciencias Sociales, pp.56-59.

Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Fondo de Población de la Naciones Unidas (2016). *Proyecciones de los hogares cubanos 2015-2030.* Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI).

Constitución de la República de Cuba (2019). Recuperado de:http://www.parlamentocubano.gob.cu/wp-content/uploads/Nueva-Constituci%C3%B3n-240-KB-1.pdf

Díaz, T.M. (2003). *La familia cubana ante la crisis de los 90.* Departamento de estudios sobre familia. La Habana: Centro de Investigaciones psicológicas y sociológicas. Recuperado de: http://www.clacso.org

Fabelo, J.R. (2003). *Los valores y sus desafíos actuales.* La Habana: Editorial José Martí, pp. 166-81.

Federación de Mujeres Cubanas (2019). *Indicadores de la población femenina.* La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas.

_____ (2020). Mujeres en revolución. Aniversario 60 de la Federación de Mujeres Cubanas. *Juventud Rebelde.* Suplemento especial, Ago 23. Recuperado de:https://www.juventudrebelde.cu/cuba/2020-08-22/mujeres-en-revolucion-1

González Menéndez, R., Martínez Hurtado, M., Hernández Castro, V. (2021). *Alcoholismo. Género y sociedad.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de:http://www.bvscuba.sld.cu/libro/alcoholismo-genero-y-sociedad/

Louro, B.I. (2004). Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la de salud de la familia. *Rev Cubana Med GenInteg,* mayo-jun, vol.20, no.3. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.Php?Script=Sci-arttex&pid=50864-2125.2004000300006&nrm=150>.1ssn0864=2125

Martín, C. (2003). *La identidad cubana en el cubano de hoy. Un estudio psicosocial.* La Habana: Fundación Fernando Ortiz; pp. 63-5.

Olson, D.H., Sprenkle D., Russell, C. (1979). *Circumplex model of mental and family systems*. Family process.

OMS (2018). *Temas de salud. Género y salud;* [aprox. 10 pantallas]. Recuperado de:https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender

Ortega, Á.A., Osorio Pagola, M. F., Fernández Vidal, A.T. (2003). Diagnóstico del funcionamiento familiar en el consultorio del médico y la enfermera de familia. *RevCubana Med Gen Integ;* mar-abr, vol. 19, no 2. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=Sci-arttext&pid=50864-21252003000200004&nrm=150>155n0864-2125

Ortiz, M.T., Louro, I.B., Jiménez L., Silvia, L.C. (1996). Propuesta metodológica para el diseño de proyectos de intervención en salud familiar. [inédito]. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud.

Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I., Bayarre,H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Revista Ciencia Ergo Sum,* marzo 4 (1).

Ruiz, G. (1990). Cómo evaluar la familia con eficacia. *Rev. Cub Med Gen Int.* 6 (1).

Westley, W. A., Epstein, N. B. (1969). *The silent majority.* San Francisco: Jossey-Bas.

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 65
Campo de la salud familiar

Isabel Louro Bernal

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 medioambiente.

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.n.e.) 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 privilegia la visión de los determinantes sociales en 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, la sociedad y la 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.

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, plantea 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.

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, luego en las llamadas psicosomáticas 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. Los 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 estudios sobre la familia y los valores se plantea que, debido precisamente a la alta presencia que tiene en la formación de los sistemas subjetivos de valores en las primeras etapas de formación de la personalidad, la familia se constituye en uno de los mediadores fundamentales de todas las influencias valorativas. Esto se debe a que 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, sus 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 sociopsicológico 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 histórica y 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 éticomorales 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 los 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 periodo 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 reinserción 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, se 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 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 de 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, todos relacionados 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 de las 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.

Se describe otro concepto interesante al considerar la repercusión 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 para padecer alteraciones de su ritmo habitual de funcionamiento grupal interno y 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 airosos 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 son a la vez fuente de su desarrollo. Es un grupo teóricamente apto para gestar el desarrollo saludable de las personas.

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 microsocial como grupo de personas que comparten de manera indistinta vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco o afecto.

Existen diferentes acepciones del término salud de la familia, se entiende como:

– Política pública.
– Movimiento de desarrollo de los servicios de salud.
– Buen funcionamiento familiar.
– Campo que agrupa la planificación familiar, la salud de la niñez, la adolescencia, la mujer y del envejecimiento.

Esta última definición divide al grupo familiar en otros subgrupos. Se recomienda ver capítulo 22, "Salud familiar"

Dimensiones configurativas

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.
– Apoyo social.

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.

Las dimensiones configurativas agrupan los factores sociales y psicológicos moduladores de la salud familiar (fig. 65.1).

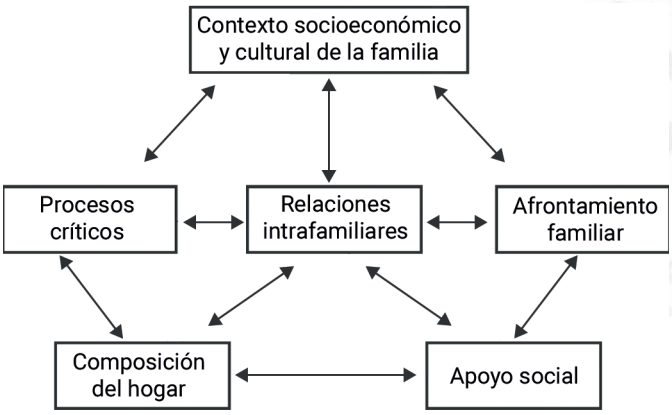


Fig. 65.1. Dimensiones configurativas de salud familiar.

Para facilitar la instrumentación metodológica del modelo del campo de salud del grupo familiar se definieron categorías según las mencionadas dimensiones.

Definición de categorías según las dimensiones:

– 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 percápita familiar. Monto de dinero que se calcula a partir de la suma de los ingresos divididos por 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 la 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 dos personas como mínimo. Se considera hacinamiento cuando existen tres personas por locales para dormir con privacidad.
  • Valores eticomorales. Conjunto de principios ético-morales que manifiesta la familia cada día en la comunidad. Se expresa en el modo en que la familia se comunica con los vecinos y con el equipo básico de salud, así como en 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 transiciona-

les 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 y 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.
  - 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. Comportamiento grupal relativamente estable que exhibe una familia en relación con los eventos de salud-enfermedad-muerte:
  - 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 o 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.

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 (citados por Louro, 2003), así como los resultados de las investigaciones del Grupo de Familia del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociales de la Academia de Ciencias de Cuba y la opinión de los expertos consultados, se propone incluir bajo esta dimensión las categorías relacionadas con la inserción sociolaboral de la familia, la situación económica y las condiciones materiales de vida del hogar, junto con 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 de 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 re-

laciones familiares, en los sentimientos. Producen elevadas exigencias y cambios en el funcionamiento interno.

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 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 se observa en el caso de familias que recurren a comportamientos de negación y rechazo, así como las que 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 los 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 es 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 en 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 da un sentido práctico para 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 problémica 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, cardiópatas 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, es 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 de los problemas de salud, en la rehabilitación de los discapacitados y en la mejor manera de enfrentar el dolor y la muerte.

Relación entre las dimensiones configurativas

La relación entre las dimensiones configurativas de la salud familiar se concibe en una red de relaciones intersubjetivas, de interacción sistémica, multidireccional y compleja. Esta interrelación entre los niveles puede observarse a partir del conocimiento de cómo la familia forma y hereda un sustrato básico económico, social, cultural y educacional que le es imprescindible para su desarrollo, y a su vez se expone, sistemáticamente, a nuevas exigencias, retos y demandas que comportan los procesos críticos de la vida. Se debe conocer cómo 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.

Algunos resultados de investigaciones han contribuido a identificar la relevancia del contexto socioeconómico y cultural en el funcionamiento de la salud familiar.

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. Hay 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. Se hace énfasis en la sobrevivencia cotidiana, a lo que se agrega el emparejamiento temprano, maternidad precoz, elevada fecundidad entre las mujeres, vulnerabilidad femenina e inestabilidad familiar.

En una evaluación de la situación de salud de la familia como parte del Proyecto Yaguajay, en la provincia Sancti Spíritus, se encuestaron 1024 familias, representativas del universo de núcleos del municipio. Se detectó que existían malas condiciones de vida, pues 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 electrodomés-

ticos 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 el municipio Playa, se realizó un estudio de caso-control con el objetivo de identificar riesgo familiar en la conducta suicida, con familias en las cuales algún miembro hubiera intentado contra su vida en el año 1996. 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. Como resultado de esta investigación se obtuvo que los problemas en las relaciones intrafamiliares a expensas de la armonía y la comunicación y los procesos críticos, divorcio, alcoholismo, constituyeron riesgo de suicidio; no así las características de composición del hogar.

Las personas que viven en familias disfuncionales presentan un riesgo siete veces superior que los otros y los que conviven en familias severamente disfuncionales tienen un riesgo ocho veces más alto. Por lo que puede afirmarse que el riesgo de intento suicida se incrementa mientras mayor es 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 al problema de salud y está más vinculada con la cotidianidad de la vida familiar por el condicionamiento de género. Para la selección 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, pero 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 las 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 como 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. El funcionamiento intrafamiliar se distribuye en concordancia con lo que empíricamente se observa en la población, o sea, no son mayoría las familias con niveles de disfuncionalidad. La calidad de las relaciones intrafamiliares distingue los diferentes grupos en función de sus características.

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 con más frecuencia se asocian a 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 por la comisión de peritaje legal psiquiátrico durante el periodo comprendido entre julio del año 2002 y mayo del año 2003, de entre el universo de procesados. Los requisitos para su selección eran el haber vivido en familia en

el último año anterior al delito, no presentar enfermedad psiquiátrica que afectara su juicio crítico y que aceptaran participar en la investigación.

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.

Se asumió que los jóvenes que cometieron delitos 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.

Los resultados de este estudio mostraron 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 en la salud familiar. Por lo que el resultado estuvo en consonancia con el supuesto teórico.

Las características de riesgo más frecuentes se corresponden con 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.

En estudios sobre conducta desviada en España en 1999, Orte Socías 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 Spíritus 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 de 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 psicosocial 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 socioeconómico, hay un mejor acceso a la alimentación adecuada, a un mejor cuidado de la salud y a la protección materno infantil entre otros factores.

Inventario de problemas de salud del grupo familiar

El inventario de problemas es un instrumento para la identificación de la criticidad familiar o de la 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 aquí un instrumento que permite identificar la criticidad familiar en concordancia con la concepción teórica de salud del grupo familiar establecida. 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 sobreesfuerzo para afrontar la vida cotidiana.

El inventario se resume en niveles de criticidad familiar que indican el peso o la carga de problemas de la familia, según su naturaleza. Las dimensiones están diseñadas 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. El resultado final provee información sobre los niveles de criticidad familiar.

En la tabla 65.1 aparece el inventario de problemas de salud familiar; la tabla 65.2 es la plantilla de calificación del inventario y la distribución de cada ítem según peso y dimensión. En la tabla 65.3 puede observarse la ubicación de la familia en la escala, según el peso de las respectivas características.

Tabla 65.1. Plantilla de inventario de problemas de salud familiar

Marque con una X las características que han estado presentes en la familia en el último año	
Contexto socioeconómico y cultural de la vida familiar	
1. Economía familiar crítica	
2. Predominio de 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 algunos servicios en el hogar: agua, sanitarios, electricidad	
8. Ausencia de algunos 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	

Tabla 65.1. Continuación

Marque con una X las características que han estado presentes en la familia en el último año	
Procesos críticos paranormativos	
34. Pareja en proceso de separación o divorcio	
35. Familia en duelo por muerte de un integrante	
36. Pérdida material por accidente, catástrofe o de 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. Rehúsan 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 que necesitan	
49. Cuenta con pocos recursos de apoyo comunitario (vecinos, organizaciones e instituciones)	
50. La familia manifiesta signos de aislamiento social	

Tabla 65.2. Plantilla de calificación del inventario y distribución de ítems según peso y dimensión

Dimensiones	Distribución de ítems del inventario según peso y dimensión				Total de características
	Número del ítem según dimensión y valoración del peso en la salud familiar				
	0	I	II	III	
Condición socioeconómica y material (de 1 a 8)			2, 3, 4, 6, 8	1, 5, 7	
Composición del hogar (de 9 a 13)		9	12, 13	10, 11	
Procesos					
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	
Afrontamiento familiar (de 42 a 46)			42	43, 44, 45, 46	
5. Apoyo social (de 47 a 50)			49	47, 48, 50	
Total					

Al resumir las consideraciones expuestas puede afirmarse que, 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, influir en la formación de comportamientos saludables y en el desencadenamiento y recuperación de la enfermedad y sus secuelas.

Tabla 65.3. 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

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 microsocial 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 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 y la relación entre las dimensiones configurativas de salud del grupo familiar se concibe en una dinámica de interacción sistémica, multidireccional y compleja; 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 investigaciones con enfoque familiar y en la planificación de intervenciones en la atención primaria de salud.

Bibliografía

Arés, M.P. (2002). *Psicología de la familia.* Guayaquil: Facultad de Ciencias Psicológicas de Ecuador, pp. 147-9.

Castellón, S. (2003). *Vulnerabilidad familiar y características biosicosociales de niños en edad escolar. Área Olivos. Sancti Spíritus.* [Inédito] Tesis para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.

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.

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. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.

Fabelo, J. R. (2003). *Los valores y sus desafíos actuales.* Ciudad de La Habana: Editorial José Martí; p. 173.

Federación de Mujeres Cubanas (2020). Mujeres en revolución. *Juventud Rebelde.* Suplemento especial. Aniversario 60 de la Federación de Mujeres Cubanas. Ago 23.

_____ (2019). Indicadores de la población femenina. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas.

Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Rev. Cub. Salud Pub;* 29(1): pp. 48 -51.Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

_____ (2003). Enfoque familiar en la salud. En: *Temas de actualización en salud pública.* [Monografía en CD-ROM].La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.

_____ (s.f.). 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. Recuperado de: http://www.sld.cu/sitios/revsalud/temas.php?idv=2190

Louro, I., Infante, O., De la Cuesta, D., Pérez, E., González, I., Pérez,C., et al. (2007). *Manual para la intervención en la salud familiar.* Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-para-la-intervencion-en-la-salud-familiar/

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. La Habana: Ed. Palcograf.

Capítulo 66
La 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 cotidianeidad influye en sus ideas, en su conducta y en su salud.

Los problemas familiares no son universales ni eternos, en ellos actúan factores socioeconómicos, culturales y de carácter individual. No tener en cuenta que la familia como grupo pertenece a un contexto socioeconómico específico, y que a su vez presenta mecanismos propios de autorregulación, induciría a un análisis parcial e incompleto que imposibilitaría 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 la constante transformación a través del tiempo, pasa de una forma inferior a otra superior en la misma medida en que la sociedad evoluciona. La forma de la familia se amolda 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 dos niveles, en un nivel macrosocial, al reflejar sus contradicciones y las particularidades propias de la sociedad en una etapa concreta de su desarrollo, y en un nivel microsocial en el 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 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 de las condiciones materiales que van a determinar la salud de sus miembros. Entre ellos 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.

La familia como grupo sistémico es generadora del proceso salud-enfermedad, pues en ella se forman las normas y valores que resultan determinantes. 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, el individuo debe asumir una actitud activa al recibir las influencias del medioambiente y 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 de 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:

– Nivel macrosocial, en el cual la relación se establece entre la formación socioeconómica como un todo y el estado de salud de la población en general.
– Nivel microsocial 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 que la relación se establece entre el estilo y condiciones de vida individual y el estado de salud individual.

En este capítulo se aborda el proceso salud-enfermedad en un nivel microsocial, al tomarse 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 ella, solo que en algunas se hace más evidente el desempeño de una particularidad que en otras.

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 acuerdo con sus normas, valores, modelos cognitivos de salud, funcionamiento familiar y modo de vida.

La familia en la promoción de salud y la prevención de enfermedades

En los últimos años ha cambiado el cuadro de salud. Ha ocurrido un desplazamiento de las enfermedades infectocontagiosas de los primeros lugares, para ser ocupados por enfermedades no transmisibles, junto con 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, de 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.

Las acciones deben estar encaminadas a:

– 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, el descanso activo y el 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, la planificación familiar y la 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 puede apreciarse 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 del momento. 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, sin los hábitos de conducta necesarios para mantener la salud.

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 de la satisfacción de sus necesidades emocionales será que en él se desarrollen patrones sanos de respuesta emocional.

Si en la familia prevalecen la hostilidad, la agresividad o la indiferencia como vías de expresión de la esfera emocional, estas serán fuente de ansiedad y tensión. De ellas se obtendrán, 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 vestir, calzar, comer y educar, es en ella donde debe apoyarse la labor de promoción, y en este sentido dirigir los esfuerzos.

La promoción de salud, entonces, debe estar encaminada a fomentar el autocuidado personal, al brindarle a la familia recursos y alternativas para que pueda promover salud y generar estilos de vida sanos, como parte de la educación integral de sus miembros. Para ello es necesario que el equipo de salud en la atención primaria adquiera técnicas que permitan crear y evaluar programas de atención en los que la familia se convierta en actor social.

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 darle un sentido a la orientación e información obtenidas a través del medio familiar y de 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 en una comunidad, antes de que se produzca el acontecimiento que predice.

El factor de riesgo se define como toda característica o circunstancia determinada de una persona o de un grupo de personas que lo asocian 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 medioambiente.

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 o descompensación de múltiples enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes y las respiratorias, entre otras.

Solo modificando los tres componentes actitudinales, afectivo, cognitivo y conductual, 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, lo que contribuirá a que el sujeto se oriente mejor ante la situación que enfrenta e incluso, que disponga de algunas vías para evitar el riesgo.

En Cuba, se aplica el Programa Latinoamericano contra el Cáncer, el que contiene los diez signos de alarma más frecuentes relacionados con esta enfermedad:

– Mantener un comportamiento sexual y una higiene adecuados.
– Evitar 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 el 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 puede constatarse, muchas de estas indicaciones están relacionadas con el modo de vida familiar, y cómo la familia puede transmitir a sus miembros el autocuidado y la responsabilidad por su salud, además de promover hábitos de vida sanos que eviten 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.

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, el cervicouterino y el 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.

La 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 participación del psicólogo y el médico de familia en la comprensión del 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 y otras formas de expresiones psicológicas no sanas, que una vez que alcanzan determinada estabilidad en el nivel personológico, 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 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 los valores familiares y sociales junto a los valores estereotipados y los prejuicios.

Valores familiares y sociales: Al asignar el rol de enfermo. El enfermo asume su rol en dependencia de las 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, 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, lo 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: Se establecen a nivel individual y familiar y 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 para 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 aplicación de medidas profilácticas y terapéuticas para que la afección se detenga, o no se extienda, en el caso de las entidades

infectocontagiosas como la hepatitis, a otros miembros de la familia.

Deseabilidad social: Hay enfermedades expresadas en una forma particular de autorrepresentación y están en relación con el modelo cognoscitivo de la 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, en una familia que considere que el sida constituye una manifestación de conductas inmorales, la presencia de esta enfermedad en uno de sus miembros será sinónimo de desmoralización familiar, lo que ocasionaría una crisis familiar no transitoria por desmoralizacióny la consiguiente ruptura de la homeostasis familiar. La familia no cuenta en esos momentos con los recursos necesarios para afrontar la entidad, lo que 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, capaces 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 bienestar 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 movilicen la búsqueda de alternativas para la solución de la problemática de salud y para modificar el estilo de vida, en caso necesario. Sin embargo, si lo que acompaña a la enfermedad es el sufrimiento y la angustia, se generarán 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. Sucede cuando debe lograr cambios básicos en su estilo de vida personal, 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 deberá hacerse partícipe de lo necesario que es para el paciente cambiar su estilo de vida. La familia 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 la relacionan, 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 resulte más efectivo:

– 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 está brindando al enfermo apoyo social, 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, porque posee las seis características siguientes:

– Énfasis en la responsabilidad, atención e interés mutuo.
– Gran identificación mutua.
– Énfasis en la persona como individuo único, más 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 a 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 a esta se le 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, las que se consideran merecedoras de respeto y satisfacción.

Si bien resulta beneficioso que la familia brinde apoyo social al enfermo, debe tenerse en consideración sus verdaderas necesidades, 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 sentimientos y preocupaciones para dar una imagen favorable y no "disgustar" a la familia, lo que se convierte en fuente de angustia 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. Esto obstaculiza que el enfermo acepte su enfermedad con los consiguientes efectos negativos, pues el sujeto asume un estilo de vida por encima de sus posibilidades reales, lo que 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 en esta nueva situación sea capaz 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 las negativas 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. 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 Organización Mundial de la Salud (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" (OMS, 1978).

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.

La salud familiar 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 para lograr un modo de vida sano, al implicar 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 con efectividad cualquier enfermedad.

La 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 provocar a su vez 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 el 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 la familia para lograr 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 esferas relevantes, 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, 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. Al no influir en él, frena el desarrollo de la esfera volitiva tan importante para su recuperación.

Si la familia rechaza al enfermo le está obstaculizando toda posibilidad de recibir afecto, lo que es vivenciado de forma negativa y 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 para disminuir las responsabilidades que sobre él existían; 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.
– Promover en él un nuevo estilo de vida. Modificar, si es necesario, el modo de vida familiar.
– Elevar las capacidades físicas y psíquicas presentes en el enfermo 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 la 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 de personas a quien la inminencia de la muerte es tenida como cierta y predecible a corto plazo, debido a que la enfermedad ya no puede ser curada a pesar de haber recibido tratamiento adecuado, y para quienes la terapia ha pasado de curativa a paliativa.

El objetivo de atención, en estos casos, se centra en brindar apoyo y cuidado al enfermo en las últimas fases de la enfermedad, de modo que pueda vivir tan plena 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. Se 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, que 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 se pueden generar en la familia 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 ésta 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.

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

Arés, P. (1990). La familia como objeto de estudio psicosocial. En: *Mi familia es así.* La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, p. 136.

Caplan, G. (1980). Sistemas de apoyo. *Actualidad en psicología.* (2)1.

de la Cuesta, D., Pérez, E., Louro, I., *et al.* (1996). Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* 12(1).

Federación de Mujeres Cubanas (2020). Mujeres en revolución. *Juventud Rebelde.* Suplemento especial. Aniversario 60 de la Federación de Mujeres Cubanas. Ago 23.

García, L., Rodríguez, L. (1992). El estrés de la enfermedad crónica y el cumplimiento del tratamiento médico. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* 8(1).

González F. (1994). *Personalidad, modo de vida y salud.* La Habana: Editorial Félix Varela.

Louro, I. (2003a). La familia en la determinación de la salud. *Rev Cub. de Salud Púb;* 29(1): p. 48-51. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

_____ (2003b). Enfoque familiar en la salud. En: *Temas de actualización en Salud Pública.* [Monografía en CD ROM]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.

Louro, I., Infante, O., De la Cuesta, D., Pérez, E., González, I., Pérez, C., *et al.* (2007). *Manual para la intervención en la salud familiar.* Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-para-la-intervencion-en-la-salud-familiar/

Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CUB) (2018). *La familia cubana y los cambios socioeconómicos.* 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.

OMS (2018). *Temas de salud. Género y salud;* [aprox. 10 pantallas]. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender

_____ (1978). *La salud y la familia. Estudios sobre la demografía sobre los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones de salud.* OMS, Ginebra

Vera, E. A. (2007). *La dimensión familiar en Cuba: pasado y presente.* Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello. La Habana: Ed. Palcograf.

Capítulo 67
La entrevista familiar

Isabel Louro Bernal

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 los servicios de psicología de la atención primaria de salud en Cuba y en las prácticas docentes de la Escuela Nacional de Salud Pública.

Objetivos y particularidades

La entrevista familiar se utiliza para alcanzar determinados objetivos en favor de la salud familiar, con el fin de obtener información necesaria para el diagnóstico y el análisis de la situación de salud o con el objetivo de realizar intervenciones. Resulta muy útil para la confección y actualización de la historia de salud familiar, 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 objetivo principal obtener información sobre el problema que motiva la consulta y con ella lograr un cambio en el síntoma del paciente identificado y en aquellos 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 que luego sean 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 que se desarrollarán a continuación.

Respeto a los principios éticos

Para la aplicación de la entrevista familiar se debe velar por seguir ciertos principios éticos:

– Tener el consentimiento informado de la familia y la participación consciente de esta con respecto a los objetivos de las sesiones de entrevista planificadas.

– Garantizar la confidencialidad de la información manejada en la entrevista.
– No transgresión de 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, no 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 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, ciertas asimetrías se ponen de manifiesto y resultan favorables 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. Deberá mostrar 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 realizarse 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 última opción 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 favorecerla, 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,

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 explicite 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 a 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, 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

La entrevista familiar transcurre por varias etapas:

Etapa social. Comprende el recibimiento, saludo y acomodo de la familia y del equipo en el local destinado para la entrevista, la 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 enunciarse 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. En esta etapa 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.

Técnica: 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.
– Reflexivas.
– Estratégicas.

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 suspende 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 y 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 expresarle 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 pueden 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 (citado por Louro, 2002) 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 una precesión dedicada al diagnóstico y establecimiento de hipótesis y la precesión 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 procedimiento 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 procedimiento conductual para enfrentarla, pues 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. También 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.* La Habana: Editorial Pueblo y Educación, p. 8.

Díaz, T. M. (2003). *La familia cubana ante la crisis de los 90.* Departamento de estudios sobre familia. La Habana: Centro de Investigaciones psicológicas y sociológicas. Recuperado de: http://www.clacso.org

Fabelo, J.R. (2003). *Los valores y sus desafíos actuales.* La Habana: Editorial José Martí, pp. 166-81.

Hernández, R., Domínguez, M. I., Martín Valiño, C. O. (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. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

_____ (2002). *Familia, salud y enfermedad. Un enfoque psicológico.* Texto para Maestrías. La Habana: Escuela Nacional Salud Pública.

Louro, I., Infante, O., De la Cuesta, D., Pérez, E., González, I., Pérez, C., et al. (2007). *Manual para la intervención en la salud familiar.* Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-para-la-intervencion-en-la-salud-familiar/

Martín, C. (2003). La identidad cubana. En: *El cubano de hoy. Un estudio psicosocial.* La Habana: Fundación Fernando Ortiz; pp. 63-5.

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 68
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 a 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 en 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.

Cuba ha dado un gran paso de avance 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, y 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.

Aun 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.

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.

Aun 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 y 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 plantearse mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas a la familia y al ambiente, mediante una íntima vinculación con las masas.

La familia constituye la unidad básica de atención de salud, el grupo que a escala microsocial 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. 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.

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. 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 interdisciplinaria 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.

Existe un conjunto de condiciones que permiten brindar atención familiar de calidad. Entre ellas 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 atención primaria de salud, 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 orientados más 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 y 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 las manifestaciones 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.

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.

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. Necesita 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 y recomienda utilizar un enfoque de este tipo en pacientes con síntomas y signos mal definidos, con problemas de salud mental, hi-

perutilización 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 atención Primaria de Salud, aun 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, La Habana, y resultó que la calidad científico-técnica de la atención no alcanzó los estándares establecidos por criterios de expertos (Louro, 2000).

Díaz Véliz (2001), en una 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 siguientes resultados negativos a modo de resumen (fig. 68.1).

Se comprobó:

- 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.

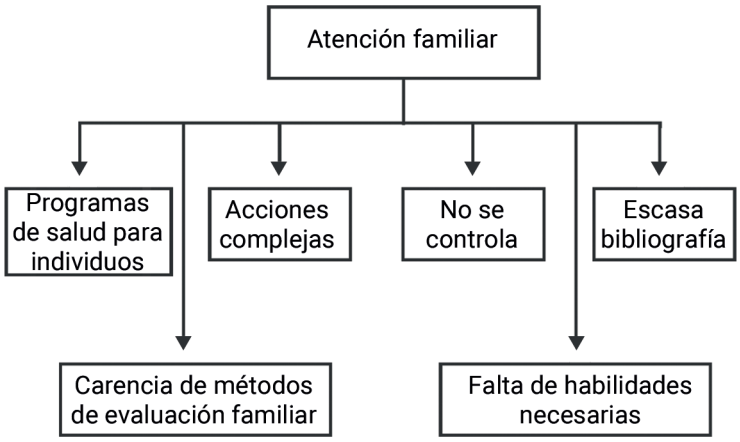


Fig. 68.1. Limitaciones para la atención familiar en el nivel primario de salud.

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 y las acciones en los audiovideos 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 el 19 % de baja intensidad, 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 los resultados 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, Alvarez Sintes, 2005).

Doherty y Baird (de la Revilla y Fleitas, 1999b) 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:

– 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
– Realizar intervenciones (de la Revilla y Fleitas, 1999b).

El equipo básico de salud en la atención primaria de salud, 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, 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 hacerlo debe estar encaminada a generar en ella recursos para la toma de decisiones y la solución de problemas, estimular la independencia y la autoayuda. No se trata de manejar a la familia ni trazarle sus estrategias, se trata de colaborar en su gestión interna de desarrollo y en el favorecimiento de la formación de las nuevas generaciones.

Según Argyris (Louro, 2000), la intervención debe orientarse, en general, por los siguientes principios:

– Capacidad del sistema de generar, fundamentalmente, información que nutra su funcionamiento.
– Nivel de decisión acerca de sus propias estrategias con alto grado de independencia.
– Participación conjunta para la realización de las tareas de solución de problemas.
– Garantizar la involucración afectiva.

Es importante tener en cuenta estas cuatro características, 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.

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, de 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".

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.

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.

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 precisan un alto grado de entrenamiento y especialización para lograr el efecto deseado, respetar la ética familiar y no producir iatrogenia.

Según la naturaleza del problema y los propios recursos, los casos en que la familia requiere la intervención 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.
– Otro grupo de familias, 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

Esta intervención 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 los 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 en el grupo familiar como un todo.

Otra vía de intervención comunitaria es la creación de grupos de desarrollo para adultos y jóvenes, grupos de adolescentes, tercera edad y dispensarizados, con enfoque familiar.

La satisfacción del criterio de normalidad es una regularidad que se observa con frecuencia en los grupos formados en la comunidad. 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, los 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, y 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 pueden realizar en la comunidad.

La estabilidad y la armonía familiar, no solo son formas adecuadas de ejercer la autoridad sobre los hijos, unido a la comunicación afectiva necesaria en el hogar, también 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 a 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 excluya al hombre, sino porque en la comunidad hay mayor participación femenina, específicamente de las 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 la 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, con los padres que idealizan a los hijos y los preconciben de una manera determinada, la que no siempre se ajusta a la realidad de los individuos. El concepto de grado de desarrollo familiar va mucho más allá de las posibilidades de realización y 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 en él 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 en la intervención familiar un nivel educativo basado en la orientación y el consejo psicológico, no exonera del uso de técnicas y recursos movilizativos 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, 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 debe planificarse 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:
– 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

La 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 interviene con procedimientos terapéuticos para modificar el proceso de interacción en la relación familiar.

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.

Las técnicas utilizadas son de orientación psicológica y consejería y manejo grupal. Variantes:
– Prescindir de los hijos menores, que no estén presentes.
– 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 predominantemente 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 ocasiones en 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 condujo a la teorización de un modelo que contiene cuatro variables conductoras o rectoras de este tipo de intervención. Este modelo, CARA, permite recordar los cuatro procesos que deben estar presentes en la dinámica grupal, comunicación, afectividad, reflexión, actividad.

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 necesaria 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 el 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 afectos 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 de sus padres expresiones de amor y apoyo emocional. Nacer, crecer, vivir y morir sin palpar, sentir, dar el amor de 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, con 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 interacción entre los miembros de las familias. El grupo utiliza sus potencialidades intelectuales para elaborar la situación problemática y encontrar las soluciones.

Reflexionar 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, 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 hace objetivo todo lo 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 permite el intercambio de ideas y sentimientos, favorece la reflexión y el análisis, funciona como red de apoyo y estimula el compromiso de cambio.

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.

Los grupos que se forman para vínculos de superación y educación deben organizarse sobre la base de los principios siguientes:
– Afiliación voluntaria.
– Cumplimiento de las normas éticas.

En dependencia del tipo de grupo se le debe bautizar con un nombre, ya que da identidad y sentido de pertenencia a 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 del dominio de las técnicas que lo caracterizan, pero, además, del 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 las psicodramáticas.

Algunas técnicas posibles de aplicar para desarrollar los 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 se da 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 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 con el 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 tomar conciencia y elaborar soluciones. El intercambio de papeles, 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, solo 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 la comunicación interpersonal más saludable.

Llegada de un turista a un país desconocido. El turista simboliza al niño en la familia, 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 de los participantes del grupo acerca de las problemáticas que tiene, las exigencias, los malestares, las demandas y las posibles formas de enfrentar diversas situaciones. Resulta conveniente para evaluar indicadores de vida cotidiana familiar en la comunidad. Se recomienda estudiar el capítulo 80, "Técnicas participativas en el análisis de la situación de salud".

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 realizan una evaluación inicial, deben evaluarse 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

La intervención terapéutica es una estrategia que 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. Es la familia la que 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. El enfoque sistémico es fundamental para el tratamiento de la familia.

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.

Escuela intergeneracional. Se plantean cuatro dimensiones para el ordenamiento de los principios de esta escuela:

– Existencial. Analiza la herencia o legado cultural, condiciones económicas, históricas y étnicas de la familia.
– Psicológica. Se refiere a los elementos dinámicos de la personalidad de los miembros de la familia, necesidades, conflictos, defensas, etc.
– Sistemática (o transaccional). Se refiere al conjunto de patrones de conducta que adopta la familia, estilo de relaciones interpersonales, interacción dinámica entre los miembros.
– Ética-relacional. Se refiere a los principios de justicia que rigen las relaciones entre los diferentes grupos generacionales; 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 encamina a crear consciencia de esos patrones destructivos y el falso balance intergeneracional como forma de expresión de "lealtad", y a crear formas adoptivas y constructivas para 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 de la comunicación.

Escuela estructural. Sus principales exponentes son S. Minuchin, B. Montalvo y H. Aponte. Esta escuela defiende el trabajo sobre la estructura familiar. El objetivo de la terapia es cambiar, reorganizar y rebalancear la estructura de la familia en el momento presente, aquí y ahora. Enfatiza en la importancia de los roles de los miembros de la familia y su estructura jerárquica, así como en el respeto a los límites que estas circunstancias imponen.

Escuela psicodinámica. Sus principales exponentes son Ackerman, Skinner y Tavistock. Se enfoca el tratamiento familiar desde la unidad de la pareja con un enfoque psicodinámico y transferencial; 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"; opina que a través de 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.

Estos terapeutas de familia, representantes de diferentes escuelas, de forma general comparten premisas importantes:

– 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 estas distintas escuelas de terapia familiar se han podido identificar algunos principios básicos del quehacer profesional. Ellos resultan comunes a cualquier tendencia teórica y son válidos para todo el proceso de intercambio con la familia, desde la primera entrevista hasta el final de la terapia.

Principios básicos:

– Las intervenciones no deben proponer cambios en el estilo de vida familiar que transgredan la ética de la familia, 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.
– La información que se trata en terapia debe emplearse de manera adecuada, con un carácter estrictamente confidencial y compartimentado.
– Postura multiparcial. El terapeuta debe mantenerse equidistante, dispuesto a entender a cada miembro de la familia, de forma tal que no se parcialice con una postura o con un subgrupo y, a la vez, todos se sientan confiados.
– 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 que el cambio sea en función del mejoramiento humano, en el reconocimiento de los valores individuales y grupales y para el pleno disfrute de la vida.
– El espacio terapéutico es, en sí mismo, un escenario de aprendizaje, puesto que se modelan estilos interactivos de relación y formas comunicativas funcionales. Ejemplo, cuando se enseña a escuchar y a 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 impuso la necesidad de tratar a la familia desde una perspectiva promocional, preventiva y curativa. El psicólogo ha sido para el médico un asesor para 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, P. (1990). *Mi familia es así.* Investigación psicosocial. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, p. 2.

Escuela Nacional de Salud Pública (2001). *Análisis de la situación de salud. El caso Cuba.* Investigación de APS. 2002-2003. Recuperado de:http://www.ops.os

Federación de Mujeres Cubanas (2020). Mujeres en revolución. *Juventud Rebelde.* Suplemento especial. Aniversario 60 de la Federación de Mujeres Cubanas. Ago 23.

Louro, B.I. (2000). Identificación de problemas para la aplicación del enfoque familiar en la Atención Primaria de Salud. En: Seminario Internacional de APS. La Habana: ENSAP.

Martínez, G.C. (2001). *Salud familiar.* La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2011). *Programa del médico y la enfermera de la familia.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

Rojas Ochoa, F., López, P. C., Silva, L. C. (1994). *Indicadores de salud y bienestar en municipios saludables.* La Habana.

OMS (2018). *Temas de salud. Género y salud;* [aprox. 10 pantallas]. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender

Vera, E. A. (2007). *La dimensión familiar en Cuba: pasado y presente.* Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello. La Habana: Ed. Palcograf.

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 69
Tratamiento a la familia

Cristóbal Lázaro Martínez Gómez

Con 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 darle a conocer 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.

De acuerdo con su evaluación y la profundidad del problema podrá, por supuesto, hacer una mejor remisión hacia el terapeuta familiar más cercano. Se brindan, además, algunos elementos útiles para servir como intermediario en determinados casos. Se conoce, por retroalimentación directa 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 una 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 e interactúan lo hacen en solidaridad con su familiar con problemas o con la convicción de que el problema de la familia atañe a todos.

La familia tiene una continuidad histórica de la que carece el grupo. Es un hecho evidente 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. Han elaborado formas de solución, procesos de intermediación, etc., con éxitos y fracasos a tener en cuenta. Además, una característica muy peculiar, la familia, al terminar las sesiones de psicoterapia familiar, no se disuelve como grupo. Las interacciones provocadas por el terapeuta van a seguirse manifestando aun después que termina el contacto de este con la familia, con él ausente. Si se tiene conciencia de ello, puede aprovecharse para dar tareas concretas a la familia para ese tiempo, o indagar en la próxima sesión sobre lo que sucedió en el intervalo.

El grupo de psicoterapia es creado por el equipo de salud según los intereses terapéuticos. Se puede formar sobre la base de la edad, sexo, patología, lugar de residencia, lugar de estudio etc., y de acuerdo con las preferencias o marco teórico del equipo de salud. La familia es un grupo natural, 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.

Prerrogativas, indicaciones, contraindicaciones y resistencias

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 o la solidaridad y 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. Ahí 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. Es prudente aclarar lo que esto significa. Se ha tenido la experiencia nada agradable de estar tratando a un paciente en terapia individual y ante un logro evidente, recibir al 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, evitándose así lo anteriormente relatado.

La terapia familiar se hace "aquí y ahora". El lector se percatará de que el aquí y el ahora están entre comillas. Ello se debe que estos términos no están usados en su 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 el hacer mención de sucesos, conflictos, problemas de un pasado lejano. El análisis actual se plantea, y se evita analizar cuestiones que son imposibles de 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, 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. Los terapeutas han sido agradablemente sorprendidos, en ocasiones, con el hecho de aseveraciones hechas por la familia reconociendo actitudes y virtudes de sus familiares que antes no percibían. Otras veces, 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 el problema de una familia con su participación activa se está, 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 no 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 que la terapia pueda hacerse en el hogar es otra ventaja. Son varios los aspectos ventajosos que tiene:

– 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 es más claro. El contexto habitual brinda a los miembros más libertad y más espontaneidad para expresarse; así como pueden apreciarse 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 atender en el hospital o en la consulta. Al llevar el caso a la casa facilita la atención y la reinserción del paciente a 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 de 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. Por ejemplo, la presencia de un impedido físico, imposible de trasladar y que 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 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 a 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.
– Pacientes difíciles de definir, no aceptan que necesitan tratamiento. Es el caso ya descrito cuando se habló de las ventajas de la terapia 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 acercamiento entre sus miembros a un nivel afectivo humano. Es el caso de excluir masivamente la rabia (seudomutualidad) o de excluir masivamente la ternura (seudohostilidad) a lo cual algunos autores llaman también complementariedad no mutua.
– Comunicación amorfa. La comunicación es indirecta y enmascarada. 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.
– 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 esquizofré-

nico, sí 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 resueltas 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, 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, inconscientemente pierde la imparcialidad y 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 e 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 de forma activa 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 del conocimiento o percepción *(insight)* previamente expresado.
  • Denegación de 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 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 de 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 más adelante algunos elementos teóricos sobre evaluación, diagnóstico, objetivos, estrategia, y una técnica con pocos riesgos para orientar a las familias con dificultades.

Evaluación y diagnóstico de la familia

La evaluación y el diagnóstico de la familia tienen trascendental importancia, ya que sin este paso previo será imposible establecer la orientación adecuada. Lo primero es 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 y, de acuerdo con ello, hacer la integración diagnóstica dinámica del conflicto en relación con las necesidades no satisfechas.

Para esto se describen seis pasos:

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 aclarar este 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.

Problemas detectados por el terapeuta. Aun cuando el problema que la familia ha identificado sea real o no, importante o no, 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 resolver. El médico debe establecer una metodología para detectar estos problemas, los 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. Entre los problemas que puede detectar también el médico está la ausencia o déficit de recursos intelectuales, afectivos, sociales y económicos.

Revisión de categorías dinámicas y estructurales. Se trata de ocho categorías creadas para evaluar a la familia y facilitar el trabajo de todo aquel que intenta ayudarla a funcionar mejor:

Límites: Esta categoría se refiere a la extensión de la familia, hasta dónde llega. Es importante saber los límites de la familia, ya que su tamaño, 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 el capítulo 64, "La familia en el ejercicio de la medicina general integral").

Permeabilidad sociofamiliar: 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 sí misma 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 cuentan ni les interesa lo que piensan familiares, amigos o sociedad en general.
- Familia excesivamente permeable: 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.

Límites generacionales: Se refieren a la línea de separación entre las generaciones, al tomar en cuenta las funciones, actividades y decisiones que a estas les 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 cumplir con las funciones, actividades y decisiones que les competen, según las expectativas tradicionales de su generación, viejo, adulto o niño, y si estas son congruentes con su posición, abuelos, padres o hijos, se podrá determinar 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 puede valorarse como un problema. Es evidente que el médico de familia puede, mejor que nadie, evaluar esta situación de forma adecuada.

A veces pueden verse niñas cumpliendo el 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.

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.

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 a tener en la familia cualquier acción terapéutica sobre este miembro en particular, pues en la medida en que esa acción terapéutica lo beneficie influirá positivamente sobre los demás.

Un ejemplo práctico es 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.

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. 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 de gran utilidad durante los últimos años en Cuba. De acuerdo con este criterio se clasifica a la familia en caótica, flexible, estructurada y rígida.

Cohesión: 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 como desentendida, separada, vinculada o amalgamada.

Relación de estructuración con cohesión: Si estas dos categorías se relacionan se tienen 16 tipos de familias:
– 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 circumplejo de Olson se pueden apreciar con más claridad (fig. 69.1). 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 (caótica desentendida, caótica amalgamada, rígida desentendida y rígida amalgamada), se les nombra familias extremas. Las del círculo central (flexible separada, flexible vinculada, estructurada separada y estructurada vinculada) son las familias balanceadas y serán habitualmente funcionales. Las del círculo intermedio son familias de rango medio y pueden considerarse familias en riesgo.

Evaluación de recursos:

Intelectuales: Es muy importante establecer el nivel intelectual de la familia para colocarse a su nivel y que la comunicación sea fluida. Si el nivel es alto, no se debe andar con explicaciones obvias y si el nivel es bajo, no deben hacerse 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.

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.

Sociales: Los recursos sociales de la familia son las relaciones que tienen con sus vecinos, amigos, compañeros de trabajo, condiscípulos, 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.

Económicos: Aunque no son tan importantes como los anteriores, es necesario conocer si disponen de estos recursos, pues, en ocasiones, constituyen un problema. No quiere decir que el médico los pueda resolver, pero debe tenerlos en cuenta para su evaluación.

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 esto depende cuál de todos estos asuntos es el que se va a tratar con prioridad.

Integración diagnóstica del conflicto en relación con las 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, es en realidad hacia donde se encaminan los esfuerzos, a nada más.

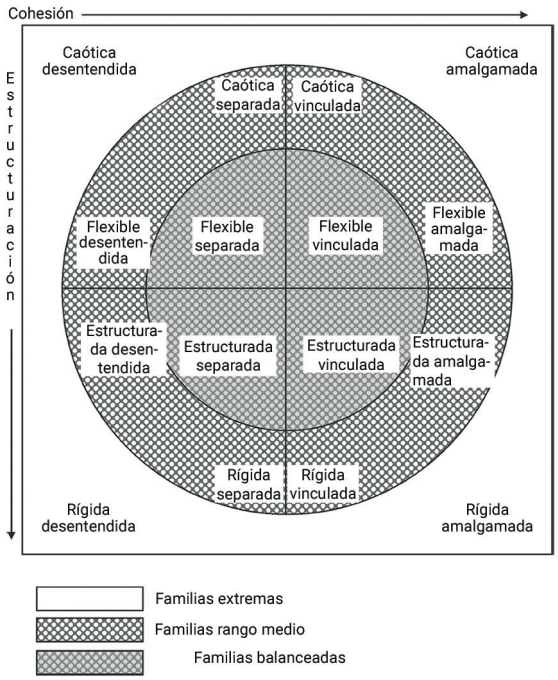


Fig. 69.1. Modelo circumplejo de Olson.

Definición de objetivos y diseño de la estrategia

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 las necesidades de la familia.

Planteamiento de objetivos en relación con los problemas. Existe el peligro de llevar a la familia a alcanzar una meta que en realidad no es lo que ella necesita, sino solo lo que el médico desearía. 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 nuestra "familia ideal" pueden influir en lo que se le propone a la familia para su tratamiento. Pero el médico no debe dejarse arrastrar por ese ideal y sí determinar o decidir qué debe hacer una familia en un determinado caso. Solo le compete evaluar los problemas, las categorías 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 pueden ser 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 persigue resolver el problema esencial. Por ejemplo, una familia indecisa, que por no decidir algo concreto está confrontando dificultades; el objetivo terminal es que decidan lo que deben hacer; la familia no se percata de ello, ya que nunca se ha dedicado a analizarlo así. Ese 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 facilitar, aclarar la comunicación para que sepan cuál es el problema y finalmente lo resuelvan.

Esquema para trazar la estrategia

La estrategia es definir el uso de los recursos evaluados para manejar el problema jerarquizado y lograr el objetivo definido, a través de alguna de las técnicas ya aprendidas.

Intentos de solución. Es imprescindible conocer qué intentos de solución ha elaborado la familia. Todas las familias, hasta las más disfuncionales, tienen mecanismos de solución de sus problemas, los que han creado de manera espontánea. Si el médico no explora estos intentos anteriores, va a repetir lo que ya quedó demostrado, que no son útiles, lo cual lo descalifica ante la familia y lo hace perder esfuerzos.

Capacidad de expresión afectiva. Cada individuo tiene determinada capacidad para expresar sus afectos. Hay personas muy expresivas que demuestran siempre lo que sienten y a otras 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.

Si la reacción es exagerada en una familia muy expresiva, el médico no se debe dejar engañar por las apariencias, y, al contrario, una reacción discreta en una familia con poca capacidad de expresión puede ser valorada consecuentemente. Aunque parezca algo difícil, para el médico es posible lograrlo sin grandes dificultades, ya que es quien mantiene una relación estable, sistemática y cercana con las familias de su entorno.

Involucración afectiva. Es necesario diferenciar la capacidad de expresión afectiva de la involucración afectiva, esta última se refiere al grado en que los miembros de la familia están involucrados con ella. De cierta manera, esta mide la cohesión a que se refiere el esquema del modelo circumplejo 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 de innegable utilidad y que le permiten evaluarla fácilmente. Deberá enfatizar en la dirección y en la claridad. La comunicación, según su dirección, puede ser directa o indirecta y según su claridad puede ser clara o enmascarada.

Las posibles combinaciones son solo cuatro:

– Clara y directa.
– Clara e indirecta.
– Enmascarada y directa.
– Enmascarada e indirecta.

Con una situación cotidiana pueden ejemplificarse 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. Aquí se hace necesario aclarar que, aunque la comunicación clara y directa es la más sana, tiene que reunir ciertos requisitos, como los de ser necesaria, oportuna, específica, congruente y estable.

Necesaria: Es evidente que no es necesario recordarle a la esposa que es fea todos los días. Si fuese 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.

Específica: Se dice solo lo exacto, ni más ni menos.

Congruente: Lo que se comunica debe concordar con la expresividad y actitud del hablante, el que, por ejemplo, no debe reír cuando comunica algo triste, ni llorar cuando es algo alegre.

Estable: 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 que 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, así surgen "el inteligente" y "el bruto", "el bonito" y "el feo", "el simpático" y "el pesao". Muchas veces, lo cual es aún peor, estos roles se le atribuyen a alguien y no se corresponden con la realidad.

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, por lo que se pueden calificar como subsistemas positivos. Las coaliciones son subsistemas que se crean para combatir contra otra coalición y generalmente producen efectos negativos.

Como ya se ha mencionado en ocasiones anteriores, 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. La familia, como puede apreciarse, cumple totalmente con todos estos elementos (véase el capítulo 64, "La familia en el ejercicio de la medicina general integral").

Las familias clasificadas con sistema abierto o cerrado se comportarían de la siguiente forma:

– Familias con sistema abierto:
  - Comunicación: clara, directa, oportuna, necesaria, específica, congruente, estable.
  - Reglas: humanas (que 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 (las necesidades de cambio se conforman a las reglas establecidas).
  - Resultado: accidental, caótico, inapropiado, destructivo.

Autonomía. Hay dos enfoques de la autonomía. Está el de 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. 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 de la autonomía que la familia como sistema 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 está 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 el desarrollo armónico de todos. La ausencia de control es

lo peor que puede suceder, ya que un sistema sin control pierde una de las cualidades que lo caracterizan y, por supuesto, se desmorona. Un control caótico, 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, acorde 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: 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 familiograma, el que puede consultarse en el capítulo 64, "La 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 intentan resolver.

Proceso de intermediación

El proceso de intermediación es una técnica para orientar a la familia. Es un proceso grupal que puede modificar las relaciones de poder. Su aplicación en la psicoterapia de grupo y en la familiar es de particular interés.

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 que el conocimiento, la percepción y el proceso tendente a hacer consciente lo que era inconsciente constituye la fuente clave. Hay 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. Para realizar la función tiene que ser designado y tener la suficiente habilidad para asumir el rol, a pesar de que no haya sido elegido por los miembros del grupo o la familia. Deberá mantenerlo, aunque otros participantes hagan intentos por arrebatárselo.

Gran parte del poder del terapeuta radica en la capacidad que tiene para definir la relación terapeuta-paciente y para controlar el proceso de intermediación.

El proceso de intermediación es un fenómeno de los sistemas sociales que surge como secuela del conflicto y que puede definirse como el proceso que modifica la interacción de los miembros de un grupo por el cambio de actitudes de los protagonistas de un conflicto, debido a la influencia de otro miembro o del terapeuta designado como intermediario. El proceso presupone que el conflicto constituye una fase característica e inevitable de la vida grupal, y a los participantes 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 la posibilidad real para promover un cambio en las actitudes de 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 cada conflicto que surge en este tipo de terapia, aunque no tiene el arraigo y la importancia que tiene en la familia, es conveniente y necesario resolverlo.

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 la terapia familiar es mucho más difícil, aunque también mucho más eficaz. 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 que la familia se resista al cambio.

Secuencia del proceso de intermediación:

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 radica en el cambio de actitudes de los participantes en el conflicto.
5. Se logra la solución del conflicto, debido al cambio de posiciones de los participantes, a una redefinición del conflicto o a 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, además de mediar, 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. En el proceso de intermediación están incluidos también 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 statu quo, al negar o delimitar el poder del terapeuta para mediar en el conflicto.

El cambio genera angustia, por lo que 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 el 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, debe determinar si ha de intervenir en el conflicto con el rol de intermediario o no. El terapeuta puede decidir 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 puede habérseles 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, y en relación con los cambios específicos que puede exigir 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 hace.

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, intencionadamente.

El papel de intermediario posee un considerable poder terapéutico potencial, pues los protagonistas, como ocurre en otras áreas en que funcionan intermediarios, lo autorizan para 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 manejo del proceso, el terapeuta tiende a modificar a la familia y la familia intenta mantenerse en su posición, ofrece resistencia y socava los intentos que se hacen 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. El cambio terapéutico puede ser consecuencia de la hábil aplicación del proceso de intermediación por parte del terapeuta. Dicho proceso, cuando la familia lo maneja con habilidad, puede constituir una importante resistencia; la familia puede emplearlo para resistirse a ese cambio.

En la terapia familiar pueden encontrarse cuatro variantes o tipos de proceso de intermediación.

Variante 1. Un miembro de la familia como intermediario y los demás como protagonistas.

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 rol.

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. Un miembro de la familia como intermediario y otros miembros y el terapeuta oponiéndose unos a otros como protagonistas.

También constituyen una interacción bastante común en la terapia familiar. En la práctica se manifiesta de la manera siguiente. Un miembro de la familia pone 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 lleve 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 la ineficiencia y señalarles a los padres la 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 les 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. El terapeuta como intermediario y los miembros de la familia como protagonistas.

Constituye la más ventajosa para el terapeuta. 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, utilizar el recurso de iniciar discusiones con él. Por ejemplo, oponerse a un comentario hecho por el terapeuta y cuestionar la validez de cada uno. La táctica a usar consiste en establecer que la discusión no constituye una de las funciones del terapeuta. Para seguir el ejemplo, cada vez que se intente una controversia, el terapeuta sonríe con comprensión y dice que no puede responder porque no le incumbe discutir.

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 se cae en la trampa de aconsejar, se hará responsable por el futuro, si es que coincide con la decisión ya tomada. Si no coincide con la decisión ya tomada, pierde prestigio ante el aconsejado. Por tanto, en terapia no se debe aconsejar. Esta variante permite desde bien temprano ser muy claros en el proceso terapéutico de que el papel no es discutir ni juzgar.

Variante 4. El terapeuta como intermediario y la familia y un agente de la comunidad como protagonistas antagónicos.

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 cooperar con el regreso del niño a la escuela. Así se definió como una tercera fuerza (intermediario) entre los padres y la escuela. Estableció bien claro a padres y maestros que no aceptaba lo que ambos habían esperado: "curar al niño".

Mediante la intermediación se resuelven los conflictos, se define cuándo, en qué forma y en cuál conflicto se asume el rol de intermediario o se 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 (Martínez, 2003) 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

Marique, R. (1998). Familia y sociedad, su papel en la atención primaria. En: Vázquez Barquero, J. L. (ed.). *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Editorial Grupo Aula Médica S.A.

Martínez, C. G. (2003). *Salud Familiar.* La Habana: Editorial Científico-Técnica.

_____ (2001): *Enfoques para un debate en salud mental.* La Habana: MINSAP-Cooperación Italiana.

_____ (2000). *Maltrato psicológico infantil. En qué tiempo puede cambiarse la mente de un niño*. La Habana: Editorial Abril.

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 70
Orientación a la familia

Cristóbal Lázaro Martínez Gómez

Es ciencia constituida que la frecuencia mayor de consultas en la atención primaria se deben a 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 especialista en medicina general integral instrumentos útiles para orientar a las familias la manera de promover la salud mental de sus hijos y prevenir la aparición de trastornos. Se ofrecen variantes de juegos, actividades, ejemplos de cómo los padres pueden ayudar a sus hijos a superar los problemas o a adquirir habilidades para prevenirlos.

Mejorar la disciplina

La disciplina es 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 no se crean hábitos y costumbres provechosos para su buen comportamiento. Dar a los niños una "atención positiva" es lo que realmente brindará ese beneficio.

Atención positiva significa brindar a los niños aliento y apoyo emocional, de 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 su vida emocional. Un estudio realizado muestra que los sujetos (estudiantes secundarios) que 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 atención positiva es que los padres les dediquen 20 min. diarios de "tiempo especial" a sus hijos.

Principios generales para los padres o tutores:

- Elogie a su hijo por las conductas adecuadas, pero sea preciso, sincero y evite la adulación.
- Demuestre interés por lo que su hijo está haciendo, participando en la actividad, describiendo lo que ve y reflejando sus sentimientos cuando sea posible.
- Para los niños de 4 a 9 años, programar periodos de juego a una hora determinada varios días a la semana.
- Para los mayores de 9, buscar oportunidades para pasar un tiempo similar con ellos, desarrollando actividades apropiadas según la edad sin emitir juicios.

A los padres pueden transmitírseles consejos para que mantengan una buena disciplina de sus hijos. A continuación, se enumerarán algunos principios y estrategias para obtener una disciplina positiva:

1. Establezca reglas y límites claros y aténgase a ellos.
2. Si puede, escríbalos y fíjelos sobre la pared.
3. Dele a su hijo advertencias y señales cuando comience a comportarse mal. Es la mejor manera de enseñarle el autocontrol.
4. Defina el comportamiento positivo reforzando la buena conducta con elogios y afecto e ignorando la conducta que solo apunta a llamar la atención.
5. Eduque a su 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.
6. Prevenga los problemas. La mayoría de ellos se producen como resultado de un estímulo. La comprensión y eliminación de estas señales lo ayudarán a evitar situaciones que dan lugar a una mala conducta.
7. Cuando se viole una norma o un límite claramente establecido, aplique de inmediato un castigo ade-

cuado. Sea coherente y haga exactamente lo que dijo que haría.

8. Cuando el castigo es necesario, asegúrese de que guarde relación con la infracción. Que el castigo se ajuste al delito.
9. No imponga castigos de larga duración.
10. No castigue por "amor propio", sino por aquello que afecte la formación del niño.

Se han elaborado técnicas disciplinarias que se le pueden transmitir a los padres para que las apliquen. Son criterios sacados del texto de inteligencia emocional:

– Las reprimendas. Es un método casi universalmente usado. Es evidente que cuando un niño o niña comete un hecho que va en contra de su formación es necesario señalárselo, pero, como podrá apreciarse en los ejemplos expuestos al final, el método para usar debe ser siempre el "estilo optimista" y nunca el "estilo pesimista".
– Las consecuencias naturales (dejar que los hijos experimenten las consecuencias lógicas de su mala conducta). Pueden, a veces, ser poco realistas o incluso peligrosas. Imaginemos que su mala conducta, su imprevisión lo lleven a tocar la hornilla de la cocina encendida. Aprenderá que el fuego quema, pero será un aprendizaje muy costoso.
– Quitar un privilegio. Cuando ya son grandes para ir al rincón, quitarles la posibilidad de ver la televisión, usar el videojuego o el teléfono funcionan bien. Se deberá evitar que el castigo sea quitarle la posibilidad de jugar con otros niños, ya que esta actividad no es una diversión, ni un privilegio, sino una necesidad.
– La sobrecorrección. Repetir la conducta correcta por lo menos diez 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, dependiendo de la edad y del tipo de recompensa.

Una de las recomendaciones para criticar con estilo optimista es la de ser precisos. Una censura exagerada produce culpa y vergüenza. El estilo debe ser explicativo y nunca 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: 1. 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). 2. Te dijimos tres veces que ordenaras tu habitación, pero lo postergaste (describe el incidente con precisión y coloca el problema en términos temporales). 3. Debido a esto y a 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). 4. 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: 1. ¿Por qué eres siempre desconsiderada? Estoy furiosa con tu conducta (la palabra "siempre" es una generalización. La reacción emocional es exagerada). 2. Te dije un millón de veces que ordenaras tu habitación, pero nunca escuchas. ¿Cuál es el problema contigo? (el problema se plantea como repetido "un millón de veces" y global "nunca escuchas". Implica que hay algo permanente y caracterológicamente negativo). 3. 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 (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 ha tenido la experiencia de colocar estos principios en la pared de un consultorio y se ha observado que despierta el interés, así como impacto en los familiares.

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 ni ocultar hechos que de todas formas van a saber, 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.

Existen juegos que pueden describirse a los padres para que estimulen la confianza en los niños:

– Guiar al ciego. Se le vendan los ojos y se le 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.
– 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 haciéndolo entre los padres.
– Juego del secreto. Cada miembro de la familia escribe un secreto en una hoja de papel, lo doble, le pone su nombre por fuera y se colocan en un recipiente cualquiera. Cada uno tomará un papel al azar y lo retiene. Se realiza una primera vuelta en que cada miembro 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 vuelta cada jugador le pregunta a la persona que escribió el secreto que él escogió y retiene si este debe ser leído. Si la respuesta es "no" se le devuelve su papel sin abrirlo. Si responde que sí se procede a leerlo y gana un punto.

También está el uso de las imágenes. Existen múltiples pruebas del uso de la imaginación para influir en el éxito. Los atletas utilizan la imaginación para mejorar su destreza deportiva. Aquellos que practican con imágenes positivas (se imaginan el triunfo) rinden mucho más que aquellos que 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. Ejemplo: cerrar los ojos, respirar profundo, imaginarse en una playa acostado tranquilamente sobre la tibia arena blanca. Es necesario que la experiencia sea lo más real posible y preguntarle ¿puedes sentir la arena?, ¿oler el aire?, ¿escuchar el sonido de las olas?, ¿saborear el helado de chocolate?, etc.

Otra forma más organizada es estableciendo contacto con la música y las artes plásticas. Con el niño sentado cómodamente y bien relajado se siguen los siguientes pasos:
– Se le pide cerrar los ojos mientras escucha música instrumental y se le habla sobre la imagen que evoca la música.
– Se le muestran imágenes de arte abstracto y se le pide que busque formas que le recuerden algo.
– Se le pide que mire fijamente a un cuadro con muchos detalles durante un minuto, luego, que cierre los ojos y mire el cuadro con los ojos de la mente tratando de recordar la mayor cantidad de características posibles.
– Con los ojos cubiertos se le permite oler varias cosas diferentes. Luego se le pide que dibuje una imagen que incluya los objetos que olió.
– Se le pide que recuerde un acontecimiento placentero de su pasado y luego que cierre los ojos y describa la escena con el mayor detalle posible.

Capacidad para 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 los 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 adquieren mejor las capacidades para resolver problemas cuando se une a ellos un "socio" experimentado para realizar una tarea particular. A este proceso se le ha nombrado "andamiaje".

Este postulado permitió preparar un programa general para enseñar a los niños a resolver problemas (competencias prosociales). Los pasos son los siguientes:
– Enseñarles la importancia de detenerse a pensar las cosas.
– Enseñarles a identificar y definir el problema.
– Enseñarles a reunir información desde su perspectiva, incluyendo opiniones, hechos, e información desconocidos.
– Enseñarles a considerar estrategias alternativas.
– Enseñarles lo que se puede hacer o decir y qué obstáculos pueden presentarse.
– Enseñarles a evaluar las consecuencias y los resultados.

– Enseñarles la manera de decidir entre varias opciones posibles y anticipar qué ocurrirá en respuesta a palabras o acciones específicas.
– Lograr que practique todo este proceso, reforzando cada paso y alentarlos a persistir hasta alcanzar una solución bien pensada.

A los padres se les debe recomendar que, para ayudar a los niños mayores o adolescentes a resolver problemas cotidianos, deben disponerse 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 estos confíen en que la ayuda reducirá su angustia en lugar de exacerbarla.

Utilizar el humor para enfrentar o expresar algo

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 la cual 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 el chiste entre un grupo y que se excluyan a otros niños. Esto traduce 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 encanta 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, dependiendo 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.

Escuchar de forma activa

La actividad que aquí se propone 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.
– Se confeccionan cuatro fichas donde se escriben indicaciones para probar las capacidades de escuchar en forma activa:
  • Volver a formular lo que dijo la otra persona: Ej.: así que lo que me estás diciendo es...
  • Aclarar lo que ha dicho la otra persona: Ej.: puede decirme algo más acerca de ...
  • Mostrar interés por lo que la otra persona está diciendo. Puede ser a través del gesto, del tono de la voz, del contacto visual y así sucesivamente.
  • Calificar o describir lo que la otra persona parece que está sintiendo: Ej.: me parece que estás enojado porque...
– Para continuar el juego, cada uno de los jugadores selecciona un problema sobre el que hablará 3 min.
– Mientras este habla el otro tiene que mostrar las cuatro capacidades enumeradas.
– Al final de cada "vuelta" el que habla le atribuye un punto por cada capacidad demostrada 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.

Como puede apreciarse este tipo de escucha en forma activa es usada por los terapeutas continuamente en sus entrevistas y tiene un efecto muy positivo en la persona que emite el mensaje.

Control emocional

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, no es fácil.

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". Para ello se hace una pila de barritas de madera y cada jugador debe ir quitando una a una sin mover ninguna de las otras. Todos estamos pensando que es el juego de los palitos chinos, el cual requiere de 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 a sí mismo son, por ejemplo, respirar profundamente o distraerse contando hacia atrás.

La repetición rutinaria de una frase pudiera considerarse 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. La repetición de frases genera actividad en la neocorteza, la cual inhibe al cerebro emocional y éste 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. La negociación deberá seguir los siguientes pasos:

– 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 no omitir insultos ni 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 permitan que cada uno obtenga algo.
– 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 pueden tener dificultades en llevar a cabo este tipo de negociaciones solos, es a veces aconsejable que otros estudiantes sirvan de mediadores en estos problemas de solución del conflicto. Si el mediador ha sido entrenado anteriormente en este método será mucho más efectivo.

Integrarse a los grupos o colectivos

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 este 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 tu y yo contra el mundo puede ser que los consuele, incluso pueden sentir alivio y reducir la angustia, pero 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 ha elaborado un grupo de sugerencias específicas para apoyar a los niños que están experimentando rechazo y aislamiento social. Es muy beneficioso influenciar 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 aprendizaje 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 ésta 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 gru-

pales. Las reuniones que se convocan para resolver una crisis no benefician de la misma manera, ya que en ellas es, habitualmente, muy alto el contenido emocional.

La incorporación a grupos compuestos por niños parecidos a ellos es también de gran ayuda. Los grupos grandes, como los exploradores, no son a veces útiles en estos casos. Hay más probabilidad de tener éxito en grupos más restringidos y basados en intereses de orientación comunitaria o de servicio social.

Se pueden mencionar como ejemplo los siguientes:

– Grupos orientados hacia capacidades determinadas: equipos atléticos, grupos musicales, clubes de computación, ajedrez y arte, grupos teatrales y compañías de danza.
– Grupos orientados hacia intereses determinados: grupos de aficionados, orientados hacia la naturaleza, niles religiosos.
– Grupos de servicio comunitario: grupos de limpieza del vecindario y grupos de afiliados a organizaciones de servicios de adultos.

Destacar el valor del aprendizaje

Los padres pueden transmitir la importancia de la educación a sus hijos de muchas maneras. El siguiente listado mostrará cuántas de éstas acciones llevan a cabo y cuantas podrán adicionar con este fin:

– Reunir a la familia y leer en silencio durante un tiempo determinado.
– Jugar con regularidad juegos de mesa en los cuales se pongan 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 los 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, como buscar sus propias respuestas o establecer el hábito de ahorrar para comprar algún objeto deseado, fortalece su creencia en sí mismos. Conocer, sobre la base de su propia decisión y experiencia, que sus acciones pueden producir resultados previsibles, es de gran utilidad. Dominio es 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 fijar sus propias metas es una forma importante de enseñarles éste tipo de control.

Una conclusión errónea es creer que 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); se piensa 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 están controlados por fuerzas externas lleva al niño a una falta de motivación.

Se deben ofrecer al niño oportunidades para adquirir dominio, esperar que haga más por su propia cuenta y, además, recompensarle, a través del elogio u otros medios, por cosas que haga por iniciativa propia.

Una práctica muy útil es lo que se ha dado en llamar autocalificación como, por ejemplo, pedirle que califique su propio rendimiento en una tarea doméstica; darle una escala de uno a cinco en la que cinco sea un trabajo excelente y uno sea un trabajo deficiente. Se le dice que el padre también calificará y que le dará tres si la tarea es aceptable. Muchos quedarán sorprendidos al descubrir la eficiencia con la que hacen las tareas y que son más conscientes de la forma de hacerlo.

En una investigación realizada con estudiantes de secundaria, se les pidió autoevaluar su trabajo docente. Al compararlas con las notas reales que había otorgado el profesor, se comprobó que eran muy similares.

Otra forma de aumentar el dominio es enseñarles 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.

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 los que 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 familias donde se suprimen los sentimientos y se evita la comunicación emocional es muy probable que los niños sean "emocionalmente mudos". Un aspecto vital del control emocional es aprender a identificar y transmitir las emociones. Inclusive para el terapeuta, es quizás más importante desarrollarse como una persona que sabe escuchar las emociones, que ser alguien que habla con claridad sobre ellas. Aquel que sabe escuchar con paciencia y es capaz de ponerse en sintonía con las emociones del que habla, transmite a éste una forma importante de estímulo emocional.

Los padres pueden promover la educación emocional de sus hijos elaborando una lista de sentimientos para luego realizar un ejercicio que estimule la expresión de éstos. Por ejemplo, se pueden escribir los sentimientos en orden alfabético, escribir el nombre de una emoción diferente sobre la parte superior de una hoja y pedirle al niño un ejemplo de un momento en que haya experimentado ese sentimiento. También, buscar en revistas, fotografías, películas etc. expresiones de sentimientos y pedirles que describan lo que creen 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.

Contrarrestar los factores de riesgo

Todas las familias modernas sufren las tensiones y presiones de la sociedad. Sin embargo, algunas logran engendrar 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 producir delincuencia en los niños. Sin embargo, hay familias que viven en esos vecindarios que no tienen hijos delincuentes y otras sí.

El psicoanálisis explica estas diferencias diciendo que se trata de una deficiencia en el funcionamiento psíquico que se manifiesta en el desarrollo del "yo" o en los controles del super-yo. Parece más acertado creer 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. El cómo enseñan los padres a un niño es tan importante como qué le enseñan. La teoría familiar postula que las fuerzas exteriores son importantes porque afectan a los padres; 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

El enfoque de resiliencia muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no encuentran a una familia inerme. Describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen libremente y, a veces, las transforman en factor de superación de la situación difícil.

Para dar mayor claridad a lo que se plantea se definirán a continuación algunos de los términos utilizados en este contexto.

Factor de riesgo: Es cualquier característica o cualidad de una persona, familia o comunidad, que se sabe puede estar 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 pueden ser una familia extensa, el apoyo de un adulto significativo, la integración social y laboral, etc. Los factores protectores internos son la autoestima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía.

Individuos resilientes: Son aquellos que, al estar insertados en una situación de adversidad, expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar los factores protectores para sobreponerse, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes pese a los pronósticos desfavorables.

Resiliencia: No debe considerarse como una capacidad estática. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad del ser humano. Se puede estar más que ser resiliente. Lo

cual 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.

Werner creó el concepto de "niños invulnerables", después de realizar un estudio de individuos desde recién nacidos hasta los 40 años, pero después vio que el concepto de invulnerabilidad era un tanto extremo y lo modificó por el de "capacidad de afrontar". El adjetivo resiliente, término que proviene del inglés *resilient*, expresa esta cualidad, y el sustantivo resiliencia expresa esta condición.

Son varias las definiciones hechas por diferentes autores para el término, entre ellas:

– Habilidad para resurgir de la adversidad, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (Institute on Child Resilience and Family).
– Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel).
– La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción y la capacidad de forjar un comportamiento positivo pese a las circunstancias (Vanistendael).
– La resiliencia es un concepto genérico que se refiere a una gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia (Osborn).
– La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño o ser humano, afrontar y superar problemas de la vida y construir sobre ellos (Suárez Ojeda).
– Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas (Grotberg). Esta última es la que más conceptual parece para los autores de este texto.

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 algunas 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.
– Buscar 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.

El perfil de un niño o adolescente resiliente está compuesto por cuatro aspectos esenciales:

– Competencia social. Incluye cualidades como el estar listo para responder a cualquier estimulo, 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.

En el *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia,* publicado por la Organización Panamericana de la Salud, se describen, además, los atributos y condiciones del medio para ser resiliente:

– 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.
  • Capacidad de atención y concentración.
– Condiciones del medio:
  • Seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado.
  • Relación de aceptación incondicional de un adulto significativo.
  • Extensión de redes informales de apoyo.

Se plantean, además, una serie de acciones que promueven la resiliencia en las distintas edades y lo que pueden hacer los padres en ese sentido.

Promover los factores protectores

Como se mencionó antes, factores protectores son aquellas condiciones del entorno capaces de favorecer el desarrollo del individuo y reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

Embarazo y parto. Los futuros padres deberán ejecutar acciones de preparación para el advenimiento del nuevo miembro:

– Comunicarse a menudo con el feto, hablándole con voz suave.
– Cantarle, exponerlo a música suave, adecuada al medio sociocultural en que está creciendo (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. 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, el de padre, madre, hermano, abuelo.

Se recomiendan, para los padres, las siguientes acciones:

– Presencia del padre en el parto y periodo perinatal.
– Abrazarlo antes de que corten el cordón.
– Colocarlo entre los senos.
– Iniciar lactancia cuanto antes, para aprovechar el valor inmunitario del calostro.
– Darle masajes rítmicos, muy suaves.
– Hacer que su mirada se encuentre con la de la madre en cuanto esté alerta.
– Hablarle usando palabras melódicas y tranquilizadoras.
– Mantenerlo al lado de la madre.
– Incorporarlo rápidamente a la familia.
– Incluir al padre en las tareas de estimulación e higiene.

Niños 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 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.

¿Qué pueden hacer los padres?:

– Proveer amor incondicional, expresarlo física y verbalmente, tomándolo en brazos, acunándolo, acariciándolo o usando palabras suaves para calmarlo, confortarlo y alentarlo a que se calme por sí mismo.
– Proveer lactancia materna como alimentación exclusiva 4 meses y extenderla hasta el primer año.
– Reforzar reglas y normas, 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.
– Alabarlo por logros y progresos.
– Estimularlo para que intente hacer cosas por sí mismo 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 rápido o lento se pueden introducir cambios.
– Contrapesar la necesidad de exploración con apoyos seguros.
– Ofrecer explicaciones junto con reglas y disciplina.
– Dar consuelo y apoyo en situaciones de estrés y riesgo.
– Proveer un ambiente estable, pero con novedades.
– Cambiar y modificar la mezcla de libertad y seguridad, de acuerdo con lo que indiquen progresivamente sus reacciones.

Niños de 4 a 7 años de edad. El niño en esta etapa es muy activo. Gradualmente el juego con los pariguales desplaza al juego solitario. El juego de roles permite revivir situaciones, resolver conflictos y anticipar conductas. Es muy curioso e indagador. Como a los cinco o seis años se identifica con el padre del mismo sexo. Precisa de un maestro cuyo afecto no esté condicionado por sus logros escolares. El afecto con los pares está más condicionado por la presencia de características valoradas en el grupo. Aumenta gradualmente 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 y sin sentido generan desconfianza, inhibiciones y agresiones. Una vez adaptado 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 hasta aquellas para las cuales ofrecerá ayuda. La independencia y la cooperación son dos aspectos del proceso de integración social.

¿Qué pueden hacer los padres, trabajadores de la salud y educadores?:
– Ofrecerle amor incondicional y expresarle dicho amor verbalmente.
– Abrazarlo y usar una voz suave para calmarlo, enseñarle técnicas para que se calme antes de hablar de su problema (respirar profundo o contar hasta 10 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.
– Alabarlo por logros.
– Animarlo a que actúe independientemente.
– Ayudarlo en su aprendizaje para reconocer sentimientos propios y ajenos.
– Prepararlo gradualmente para situaciones adversas.
– Animarlo a que demuestre simpatía y afecto por los demás.
– Comunicarse a menudo con él para discutir acontecimientos y problemas cotidianos, así como compartir ideas, observaciones y sentimientos.
– Enseñarle a que acepte responsabilidades por su propio comportamiento negativo.
– Aceptar sus errores y fallas, pero al mismo tiempo orientarlo para que mejore.
– Darle consuelo y aliento en situaciones estresantes.

Niños 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 pares, los cuales van cobrando una importancia cada vez mayor. Si se burlan de él o le muestran que es incapaz se sentirá inseguro. El manejo adecuado de los fracasos consiste en hacer el análisis de cómo se produjeron y en generar opciones de solución en conjunto. El amigo o amiga íntimo 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 produciendo una gran inseguridad. Para que la confianza regrese es de gran ayuda que conozca los cambios que se producen en él y entienda que son parte de un hecho positivo, su crecimiento físico.

¿Qué pueden hacer los padres, trabajadores de la salud y educadores?:
– Proveer amor incondicional y expresarlo de manera apropiada a la edad.
– Usar comportamientos tranquilizadores para ayudar a que maneje y module sus sentimientos.
– Desarrollar comportamientos consecuentes que transmitan valores y normas, incluyendo factores de resiliencia.
– Explicar claramente las normas y expectativas.
– Elogiar logros y comportamientos deseados.

– Proveer oportunidades para practicar maneras de lidiar con los problemas y adversidades.
– Alentar la comunicación de hechos, expectativas, sentimientos y problemas.
– Equilibrar el desarrollo de la autonomía y las consecuencias o sanciones por los 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.

Adolescentes 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 niños o como mayores. Los padres perciben que 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. Estos, 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 contribuyen también los 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 a recibir información, escuchar una opinión; éste adulto apoya, pero quien decide es el joven. La actitud de colaboración y de respeto por la decisión del adolescente fortalece la resiliencia.

¿Qué pueden hacer los padres, trabajadores de la salud y educadores?:
– Estimular el desarrollo de las capacidades de escuchar, de expresión verbal y no verbal y de comunicación en general.
– Fortalecer la capacidad de manejo de la rabia-enojo y de las emocione en general.
– Reforzar la capacidad de definir el problema, de optar por la mejor solución y de 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.

Enfrentar la muerte

Cualquier modificación de los papeles 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, que tienen un proceso para elaborarlo (velorio, llanto en familia, entierro y toda una serie de rituales). Es una necesidad del ser humano 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 la mente y va a repercutir en las funciones fisiológicas, en todos los aparatos y sistemas. Estas alteraciones se pueden expresar de muchas maneras, como taquicardia, malestares estomacales, hipertensión, alteraciones cutáneas, disfunciones sexuales, etc. Pero lógicamente donde más repercusión tienen es a nivel psíquico.

Los niños elaboran el duelo de una forma muy curiosa. 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 por qué “se fue” su ser querido, cuándo volverá, y si él ha tenido alguna responsabilidad con su partida. A veces preguntan si el

que se murió va a volver, en ocasiones dicen: "cuando el regrese" "cuando el viva otra vez". Los sentimientos de culpa en los niños están relacionados con el hecho de que alguna vez le desearon la muerte a un miembro de la familia, en su pensamiento mágico creen tener la responsabilidad.

Hay factores que dificultan la elaboración del duelo, como los cambios vitales masivos, cuya magnitud sobrepasa la capacidad de las personas para poder solucionarlos, la falta de familia o de otros sistemas de soporte social bien estructurados, los 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, típicos 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 desencadenan duelos en todos los seres humanos y que implican factores de riesgo. Lógicamente 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 la ruptura matrimonial, el 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 la jubilación, las pérdidas funcionales, la pérdida de familiares o allegados, del ambiente familiar y la enfermedad o incapacidad de otros miembros.

La forma de elaborar los duelos es fundamental en la readaptación al entorno. La actitud a asumir ante un duelo en la atención primaria debe ser ante todo una actitud receptiva y observadora, valorar los factores de riesgo, así como trastornos del sueño, poniendo al máximo la capacidad de escucha empática. Es muy importante diferenciar entre el duelo normal y el patológico. En caso de duelo normal deberá hacerse 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.

La muerte para los niños. La reacción de los niños ante la muerte de un ser querido es muy diferente a la reacción de las personas mayores. Los niños 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 niños 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 pueda morirse. Al choque y la confusión que sufre un niño que ha perdido 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 niños 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 que crean que el ser querido continua vivo. La negación a largo plazo o el evitar las demostraciones de tristeza no son saludables y pueden ocasionar 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 niño ha aceptado la muerte es normal que manifieste su tristeza de vez en cuando a través de un largo periodo de tiempo, a veces en momentos inesperados. Sus parientes deben de 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. Esta se puede manifestar en juegos violentos, pesadillas, irritabilidad o en una variedad de otros 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 o hablando como un bebe. Los niños más pequeños creen que ellos son la causa de muchas de las cosas que suceden a su alrededor.

Señales de peligro:

– Un periodo prolongado de depresión durante el cual 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 largo de tiempo.
– Imitación excesiva de la persona muerta.
– Decir con frecuencia 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 infantojuvenil puede ayudarlo a aceptar la muerte y a 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 transcurre con 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, se hace apático, retraído, pierde la esperanza y la confianza en los familiares y hasta en el mundo. La quinta etapa es de elaboración, aceptación y reorganización, ya va recuperándose a nivel emocional, cognitivo y relacional. De no existir esta quinta etapa, 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 posiblemente evolucione hacia un trastorno psíquico.

Las indicaciones estarán encaminadas a ayudar a que el progenitor se exprese y cuente las reacciones de éste al médico. Es esencial comprender los sentimientos de los niños, ya que, incluso menores de cuatro 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, especialmente en reuniones de familia y aniversarios. Cuando una nueva relación del progenitor sobreviviente marcha bien se recrudece 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. En niños más pequeños se puede utilizar algún juguete. A veces es necesario realizar una entrevista de terapia familiar conjunta.

Se han constatado experiencias 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, duele elaborar un duelo. Es por eso que 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 niño y que este pueda percibir que los demás familiares sienten la misma tristeza que él está experimentando, y puede además valorar los sentimientos positivos que todos mantienen hacia el familiar desaparecido.

Para todos estos manejos terapéuticos es necesario tener en cuenta la manera en que evoluciona la comprensión de la muerte por los niños y adolescentes:

Los lactantes (0 a 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 a 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 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 a 10 años) conciben ya la muerte como permanente y real, pero no son capaces de comprender su propia mortalidad.

En la adolescencia temprana (11 a 13 años) consideran que la muerte es real, final y universal. Comprenden la diferencia entre vivir y no vivir. Están interesados en los aspectos biológicos de la enfermedad y en el funeral.

Los adolescentes (14 a 18 años) comprenden las consecuencias existenciales de la muerte a medida que adquieren las capacidades para el pensamiento lógico formal y para el pensamiento abstracto. A medida que maduran emocionalmente pueden "negar" su propia mortalidad a través de conductas de riesgo, actuaciones y provocaciones.

Bibliografía

Martínez Gómez, C. (2018). *Consideraciones sobre inteligencia emocional.* La Habana: Editorial Científico-Técnica.

_____ (2019). *Humor y salud mental.* La Habana: Editorial Científico-Técnica.

_____ (2018). *Importancia de los factores protectores para la salud mental infanto juvenil en emergencias y desastres.* Asociación Mundial de Psiquiatría. Recuperado de: http://www.panet.org/education/docs/factoresdoc

_____ (2013). *Jugando a vivir.* La Habana: Editorial Abril.

_____ (2010). *Pediatría. Salud mental.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/pediatria-salud-mental/

_____ (2012). *Salud familiar.* La Habana: Editorial Científico-Técnica.

_____ (2008). Salud mental de la infancia y la adolescencia. En: *Salud mental en la comunidad.* Organización Panamericana de la Salud.

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 71
Atención a la familia del paciente en estadio terminal

Nancy Guinart Zayas y Roberto Alvarez Sintes

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 periodo 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".

La familia del paciente en estadio terminal

Por parte de la familia es difícil asimilar que su ser tan querido no pueda beneficiarse de los avances de la medicina, y que debe admitir el aforismo de que cuando no se puede 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 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 más 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 a llevar a cabo sobre la familia y su entorno social.

Comportamiento de familiares cuidadores

Cuando aparece la enfermedad terminal, puede ocurrir que la persona afectada viva sola, que viva con una persona mayor o que viva en el seno de una familia extensa. Sea cual sea la circunstancia, hay que tener en cuenta el apoyo que el enfermo necesita.

Ante esta situación, el médico de familia deberá analizar las posibilidades y condiciones de los familiares o no que ejercerán la función de cuidadores, como:

- 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 impotencia ante las conductas del enfermo en cada momento.
- Falta de soluciones a las propias necesidades psicológicas del cuidador.
- Dificultades económicas o materiales, por ejemplo, la vivienda.

Evolución de la actitud familiar

La familia, al inicio, considera al paciente como una víctima inocente, luego esta enfermedad del familiar se

va transformando en un peso y una molestia cada vez mayor.

El impacto de la enfermedad tendrá más o menos repercusión en la familia en dependencia de que el enfermo esté hospitalizado o no y en la presencia o déficit de algunos factores:

– 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.
– Estado de salud de los pacientes que cuidan la evolución del propio proceso.
– Alternativas sociosanitarias.
– Régimen y horario de trabajo.

Hay otros factores de índole psicosocial que generan mayor grado de estrés, como 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.

Orientaciones a la familia

Como profesionales no solo hay que saber reconocer, sino también manejar toda problemática, las que serán diferente en cada caso por circunstancias que se derivan de todos los factores expuestos. El equipo de salud es el soporte práctico para la contención emocional del enfermo y su familia.

Orientaciones indispensables a realizar por el equipo de salud:

– 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 se va a asumir la tarea; y si no es posible, valorar la ayuda de la comunidad o de familiares más distantes, o buscar ayuda a otro nivel de 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.
– Planificar la integración de la familia para que, con las orientaciones médico-psicológicas de él emanadas, pueda participar en cuestiones de la asistencia como 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 pueda realizarse un ingreso, hay que encargar a una persona adecuada para asumir la administración de los 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.
– La educación o instrucción sobre las normas de comunicación con el enfermo debe ser selectiva y clara, la que siempre será receptiva y comprensiva de sus deseos.

Otras necesidades a satisfacer en la familia que pueden resultar de utilidad:

– Informar de todos los aspectos concernientes a la enfermedad, pronóstico y cuidados que necesitará el enfermo.
– Comunicar sobre condiciones en la habitación para mantener intimidad y privacidad.
– Brindar seguridad de que se está haciendo todo lo posible para el cuidado del enfermo.
– Buscar apoyo y comprensión por parte de los demás miembros de la familia.
– Favorecer la compañía del enfermo en todo momento.
– Propiciar la participación de forma activa en el cuidado del enfermo.
– Brindar acompañamiento y apoyo emocional.

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 y en países que no tienen un sistema de salud comunitario como Cuba, 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 envolverse 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 limitada 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, rodeado de todos los 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 se considera de manera efectiva la atención de las necesidades físicas, sino que 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, se debe sugerir esta conducta a los familiares, beneficios que el enfermo agradecerá siempre.

Asesoramiento al duelo

El duelo es una aflicción o sentimiento de dolor que a menudo se padece por la muerte de un ser querido, en general dura de 6 a 12 meses.

En el duelo complicado se manifiesta dolor, preocupación por un muerto, preocupación por las circunstancias de la muerte, tristeza intensa, rabia, culpa, negación o evasión que deteriora el funcionamiento, causa dificultad importante y no mejora con el tiempo.

Los factores de riesgo más frecuentes son:

– Sexo femenino.
– Trastornos psiquiátricos preexistente (ansiedad, depresión).
– Trauma infantil.
– Naturaleza de la muerte.
– Muerte de un cónyuge.
– Apoyo, recursos sociales disponibles.

El tratamiento se basa en redes de apoyo para las pérdidas, manejo de las enfermedades concomitantes, psicoterapia dirigida.

Bibliografía

Asociación Española contra el cáncer (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Madrid: AECC.

Borcia Goyanes, J.J. (2001). El viejo y su futuro. En: Hayflectz, I., Barcia, D., Miguel, J., (eds.). *Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico*. Madrid: Editorial Ela SL, p. 413.

Martínez Gómez, C. (2019). *Humor y salud mental*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Guinart Zayas, N., Alvarez Sintes, R. (2014). Atención a la familia del paciente terminal. En: Alvarez Sintes, R. y cols. (2014). *Medicina General Integral*. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-salud-y-medicina-volumen-iii-tercera-edicion/

OMS/OPS (2018). *Programa de la OMS de lucha contra el cáncer*. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14048:world-cancer-day-2018-advocacy-materials&Itemid=40602&lang=es

Polaino Yorente, A. (2002). La familia y la sociedad frente al enfermo terminal. En: González Baron, M. (ed.). *Tratado de medicina paliativa*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

Sanz Ortiz, J., Gómez Batista, X., Gómez Sancho, M., Núñez Olarte, J. M. (2004). *Cuidados paliativos*. Madrid: Editorial Ministerio de Sanidad y Consumo.

Capítulo 72
Historia de salud familiar

Roberto Alvarez Sintes

El instrumento llamado Historia de salud familiar es un modelo que permite registrar la información relacionada con las características de la salud de los integrantes de cada una de las familias, las condiciones materiales de vida, el funcionamiento familiar, el resultado de la evaluación de la salud familiar y el tipo de intervención a realizar.

En este capítulo se tratarán las instrucciones para llenar el modelo 54-50-01 (anexo 72.1).

Modelo Historia de salud familiar

La historia de salud familiar (HSF) se confecciona a cada núcleo familiar y permanece en el consultorio médico como instrumento de trabajo básico. En caso de traslado de la familia, dentro o fuera de la localidad, le será entregado para que la haga llegar al nuevo médico. Cuando se incorpora una nueva familia al consultorio, en sustitución de otra, se le asignará 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 donde está ubicada su vivienda.

Instrucciones para el llenado y revisión

El modelo 54-50-01, llamado Historia de salud familiar, consta de varias partes, cada una de ellas deberá llenarse por el equipo de salud, según las características y condiciones de vida de cada familia de su marco de actuación.

En el cabezal del modelo:

– Familia número: se anota el número consecutivo que le corresponda a la familia en la comunidad.
– Número de historia de salud: se anota el número que corresponda a la circunscripción, el CDR, y el equipo básico de salud correspondiente.
– Dirección de la vivienda (calle, entrecalles, número y apartamento): se anota la dirección completa de la vivienda.

A partir de estos datos generales del núcleo familiar empieza el cuerpo del modelo, dividido a su vez en varios aspectos.

Salud de los integrantes de la familia

– Número de historia clínica individual: Se consigna el número de historia clínica individual de cada uno de los miembros del núcleo familiar.
– Nombre(s) y apellidos: Se escriben los nombres y apellidos de cada integrante de la familia en orden decreciente de edad.
– Sexo: Se escribe (f) si es femenino o (m) si es masculino.
– Fecha de nacimiento: Se anota el día, mes y año de nacimiento de cada integrante.
– Nivel educacional: Se anota 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: Se anota la actividad laboral que desempeña cada integrante de la familia, puede coincidir o no con la profesión u oficio.
– Grupo dispensarial: Se anota el grupo dispensarial que corresponda a cada integrante, de acuerdo a la clasificación de dispensarización (véase el capítulo 13, "Dispensarización"):
  - Supuestamente sano (I).
  - Con riesgo (II).
  - Enfermo (III).
  - Deficiente o discapacitado (IV).
– Problema de salud, factores de riesgo o enfermedades: Se anotan las entidades nosológicas, así como los factores de riesgos que presente cada integrante de la familia; en caso de discapacidad, especificar.
– Observaciones: Se asientan las condiciones del individuo que motivaron la baja como integrante de la familia (se mudó, falleció).

Condiciones materiales de vida familiar

Aspectos a reflejar:

– Fecha: Se anota el día, mes y año en que se realiza la evaluación.
– Condiciones estructurales de la vivienda: En esta sección se reflejarán las características y condiciones estructurales de la vivienda. Se marca con una equis (x) según corresponda:
  - Buena (B): Si es sólida y posee un buen mantenimiento.
  - Regular (R): Si requiere reparación.
  - Mala (M): Si la vivienda es insegura.
– Índice de hacinamiento: Se calcula según la fórmula, personas que duermen en la vivienda entre el número de locales en que duermen. Se marca con una equis (x) según se corresponda con los siguientes indicadores:
  - Bueno (B): Cuando es menor o igual a dos y la vivienda tiene sala y comedor. Posible aislamiento de los habitantes y separación por dormitorios de los adolescentes y adultos de distintos sexos, excepto matrimonios.
  - Regular (R): Cuando es menor o igual a dos y la vivienda tiene sala y comedor. No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios.
  - Malo (M): Cuando es menor o igual a dos y la vivienda carece de sala y comedor. No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios
– Equipamiento doméstico básico: Se considera equipamiento doméstico básico si poseen televisor, radio, refrigerador y plancha. Se marca con una equis (x) según corresponda:
  - Bueno: Si tienen más de estos tres básicos.
  - Regular: Si poseen al menos refrigerador, televisor o radio y plancha.
  - Malo: Si no alcanzan a tener estos equipos básicos.
– Satisfacción de la familia con los ingresos: Se marca con una equis (x) según el criterio predominante en la familia, integrantes adultos, y la evaluación del equipo básico de salud:
  - Satisfechos.
  - Medianamente satisfechos.
  - Insatisfechos.
– Observaciones: Se consigna cualquier información de interés sobre alguno de los acápites 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

Aspectos a reflejar:

– Fecha: Se anota el día, mes y año de la evaluación.
– Funcionabilidad: Se marca 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 la evaluación de la salud familiar

Aspectos a reflejar:

– Fecha: Se anota el día, mes y año de la evaluación.
– Familias sin problemas de salud: Cuando la salud de sus integrantes y las condiciones materiales de vida sean favorables, y de no serlo, no influyan en la dinámica de las relaciones internas y en el cumplimiento de las funciones básicas, 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, con

la salud de sus integrantes que tenga repercusión negativa en la dinámica de las relaciones internas y con el cumplimiento de las funciones básicas. Si la familia no conserva su equilibrio y capacidad para enfrentar y solucionar estas situaciones, se deberá 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.

Forma de intervención familiar necesaria

Aspectos a reflejar:

– Fecha: Se anota el día, mes y año de la evaluación.

– Se marca 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 sobre determinados temas de salud y para promover la reflexión y 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, sean necesarios resaltar de la evaluación de la salud familiar, de la intervención o de ambos.

Bibliografía

Ministerio de Salud Pública (CUB) (s/f). Instrucciones para llenar el modelo 54-50. Historia de salud familiar. La Habana: MINSAP.

_____ (2011). *Programa del Médico y Enfermera de la Familia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Anexo 72.1. Modelo 54-50-01 de historia de salud familiar

Modelo 54-50-01
Ministerio de Salud Pública
Historia Clínica

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

Familia Núm. _____
Núm. Hist. De Salud
Circ. | CDR | EBS

Dirección de la vivienda:(Calle, entrecalles, número y apartamento)

SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Número Hist. Clín. Individual	Nombre (s) y Apellidos	Sexo	Fecha de nacimiento	Nivel educacional	Labor que realiza	PROBLEMA DE SALUD		Observaciones
						Grupo Disp.	Factores de riesgo y/o enfermedades	

CONDICIONES MATERIALES DE VIDA FAMILIAR

FECHA	Condiciones Estructurales de la vivienda			Indice de Hacinamiento			Equipamiento Doméstico Básico			Satisfacción de la familia con los ingresos			OBSERVACIONES
	B	R	M	B	R	M	B	R	M	Satis-fechos	M/Satisf echos	Insatis-fechos	

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

FECHA										
FUNCIONAL										
RIESGO DE DISFUNCIONABILIDAD										
DISFUNCIONAL										

RESULTADO DE LA EVALUACION DE LA SALUD FAMILIAR

FECHA										
SIN PROBLEMA DE SALUD										
CON PROBLEMA DE SALUD A PREDOMINIO DE:	Dificultades con las condiciones materiales de la vida									
	Dificultades con la salud de los integrantes de la familia									
	Dificultades en el funcionamiento de la familia									

FORMA DE INTERVENCION FAMILIAR NECESARIA

FECHA										
Intervención Educativa										
Intervención Terapéutica										

ANOTACIONES ESPECIALES

Capítulo 73
Planificación familiar y anticoncepción

Roberto Tomás Álvarez Fumero y Carmen Garrido Riquenes

La planificación familiar es el derecho humano que tienen las parejas y personas para decidir libre y responsablemente sobre el número, el espaciamiento y la oportunidad de tener hijos, y para tener la información y los medios de hacerlo, gozando del más elevado nivel de salud sexual y reproductiva. Incluye el derecho a servicios de salud pública de calidad y accesibles durante todas las etapas de la vida.

Servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar son una intervención clave para mejorar la salud de hombres, mujeres y adolescentes. En Cuba los mayores desafíos actuales son la elevada fecundidad en adolescentes, el excesivo uso del derecho al aborto, más allá de lo deseado, sobre todo en mujeres menores de 20 años, y la no reducción estable de la incidencia de las infecciones de transmisión sexual y el VHI-sida.

Para reducir las infecciones de transmisión sexual, la fecundidad adolescente, los abortos resultantes de embarazos no planificados y la morbilidad y mortalidad materna se requiere ampliar el acceso a servicios de planificación familiar de calidad e incrementar la educación integral sobre sexualidad.

Cuando no es adecuado y pleno el acceso a los servicios de planificación familiar, no hay disponibilidad estable de métodos anticonceptivos o es insuficiente el conocimiento de los profesionales y la población sobre esos métodos, se origina una demanda insatisfecha de anticoncepción.

Hay evidencias que demuestran que los hombres bien informados sobre salud sexual y que tienen un rol claro en la toma de decisiones sobre anticoncepción pueden tener mejores opciones sexuales y reproductivas para ellos, sus parejas y sus familias que los que no están informados. El médico y enfermera de la familia deben buscar maneras de involucrar a los hombres, invitarlos a participar y ofrecerles educación para que puedan tomar decisiones que protejan su salud y su vida y la de sus compañeras y familias.

Los principios básicos de la planificación familiar en Cuba son:

– Cobertura universal desde la atención primaria.
– Gratuidad de los servicios.
– Equidad y no discriminación.
– Voluntariedad de las parejas o en última instancia de la mujer.
– Información y orientación sobre métodos anticonceptivos.
– Respeto a la libre elección del método anticonceptivo.
– Uso de métodos anticonceptivos seguros, de larga duración y alta eficacia.
– Respeto por las elecciones informadas, la privacidad y la confidencialidad.
– Profesionales técnicamente competentes y habilitados.
– Satisfacción de las necesidades de anticoncepción.
– Promover el alcance de estándares de calidad.
– Acceso a las personas con discapacidad en condición de igualdad.
– Fuerte componente de promoción de la salud sexual y reproductiva.
– Su empleo en la modificación del riesgo reproductivo preconcepcional.
– Oferta de un paquete de servicios para la identificación de otros problemas de salud sexual y reproductiva: malestares de la sexualidad, manifestaciones de violencia, cáncer del aparato reproductor, entre otros.

Organización de los servicios

Los servicios de planificación familiar deben estar presentes en los tres niveles de atención del sistema sanitario.

El escenario más propicio para desarrollar las actividades de planificación familiar es el consultorio del médico y la enfermera de la familia. Se realiza por parte del equipo básico de salud y con el asesoramiento del profesor del grupo básico de trabajo, el especialista en ginecología y obstetricia y el psicólogo.

Los servicios de aborto y de puerperio de hospitales ginecobstétricos son otro escenario para la planificación familiar, donde el personal de enfermería o médico deberá informar y orientar a gestantes y sus parejas, previo a la interrupción voluntaria del embarazo, sobre los métodos disponibles, sus ventajas, desventajas, modo de empleo. Igualmente, a las puérperas, antes del egreso hospitalario o en los consultorios después de la cuarta semana de puerperio, proponiendo preferiblemente los de alta eficacia y larga duración, y proporcionarlos siempre que lo elijan. La anticoncepción después de un aborto y posparto es reconocida por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) y el Colegio Norteamericano de Obstetricia y Ginecología como muy útil para reducir la fecundidad adolescente.

El médico general integral debe conocer que existe otro escenario donde se realiza la planificación familiar, los servicios especializados de los hospitales clínico quirúrgicos e institutos nacionales. En ellos también se identifican a las mujeres en edad fértil o a su pareja con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles que constituyen riesgo para la reproducción, con el propósito de ofrecerles información y orientación sobre métodos anticonceptivos. En los casos en que se decidan y elijan el método a utilizar, el personal de enfermería puede administrar o colocar métodos anticonceptivos de alta eficacia y larga duración.

En las consultas de ginecología infantojuvenil de hospitales pediátricos hay personal preparado para identificar y tratar los problemas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y, además, brindar información y orientación sobre métodos anticonceptivos.

Calidad en los servicios de planificación familiar

La calidad de la atención en planificación familiar es de primordial importancia para garantizar la consecución de altos estándares de salud. Es un concepto complejo, subjetivo, que involucra varios aspectos y diferentes perspectivas. Puede presentar una amplia gama de servicios, desde muy malos a muy buenos.

Una atención de calidad lleva implícito el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, hombres y adolescentes en los diferentes servicios.

Deberes de los equipos de salud relacionados con la orientación e información sobre planificación familiar:

- Divulgar el conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Facilitar que los adolescentes, mujeres, hombres y parejas conozcan la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar, además de las características de los anticonceptivos, y que comprendan la importancia y los beneficios de su uso en la promoción de la salud sexual y reproductiva.
- Divulgar los beneficios del uso de los anticonceptivos y dónde y cómo se puede recibir atención en anticoncepción y en otros componentes de la salud sexual y reproductiva (horario de atención, localización, entre otros).
- Proporcionar en un lenguaje y formatos que resulten de fácil comprensión y acceso toda la información requerida acerca de cada método anticonceptivo, eficacia relativa, uso correcto, funcionamiento, efectos secundarios frecuentes, riesgos y beneficios para la salud, signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud, retorno a la fertilidad tras la suspensión del uso y protección contra las infecciones de transmisión sexual.
- Deshacer rumores, mitos y creencias sobre métodos anticonceptivos.
- Ofrecer orientación sobre cómo usar los métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz.
- Desarrollar acciones educativas y participativas para facilitar que los adolescentes se apropien de informaciones actualizadas de todos los métodos anticonceptivos y puedan tomar una decisión informada.
- Respetar el derecho a la libertad de elección y a la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones, considerando los criterios médicos de elegibilidad.
- La promoción de prácticas de buena atención no relacionadas con una anticoncepción no debe considerarse un requisito previo ni un obstáculo para la provisión de un método anticonceptivo, aunque sí como un complemento.

La evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar siempre debe considerar la perspectiva

de los usuarios, los proveedores y los gestores de los programas:

– Acceso: Amplia cobertura, sin restricción de barreras legales ni discriminación, ofrecidos en horarios que satisfagan las necesidades de los adolescentes.
– Información: Sobre ubicación, horarios y profesionales que laboran en los servicios de planificación familiar; sobre derechos y deberes; disponibilidad de métodos anticonceptivos, modo de empleo, mecanismos de actuación, efectos adversos, eficacia, duración, entre otras características.
– Elección: Contar con varios tipos de métodos y respetar el derecho a la libre elección del método por la pareja o el adolescente, con el empleo de los criterios médicos de elegibilidad.
– Privacidad: Los locales deben reunir condiciones para respetar el pudor y garantizar un ambiente de confianza entre los usuarios y los proveedores.
– Seguridad: Deben ser ofrecidos por personal competente y donde se propongan métodos anticonceptivos de probada seguridad.
– Confidencialidad: El personal no debe divulgar información sobre las parejas o los adolescentes que acudan a los servicios de planificación familiar.
– Comodidad: Higiene, iluminación, ventilación, mobiliario y local con condiciones para una espera cómoda.
– Continuidad de cuidados: Los profesionales garantizan citas o reconsultas posteriores a la colocación del método anticonceptivo y deben tener habilidades para identificar y tratar adecuadamente otros problemas de salud sexual y reproductiva, y si es necesario, referir para su atención más especializada.

Deberá contarse con el derecho a expresar opiniones sobre la calidad de los servicios.

Los servicios para los adolescentes, además, deben reunir otros atributos de calidad:

– Equidad: Los profesionales y el personal de apoyo deben tratar a todos los adolescentes con respeto y sin discriminaciones, ofreciendo el mismo servicio a todos, independientemente de su edad o condición social.
– Accesibilidad: Deben tener horarios de atención convenientes para los adolescentes, los que deben estar informados sobre los servicios disponibles y cómo y dónde obtenerlos. La comunidad, incluyendo las familias, debe estar igualmente informadas y conscientes del beneficio que tiene para los adolescentes. La información a los adolescentes se entrega por varios canales o métodos, se prefiere que participen en la discusión y planeamiento de los servicios.
– Aceptable: Deben contar y aplicar políticas de confidencialidad y garantizar la privacidad. El servicio debe ser humanizado, cordial, sin prejuicios, sin juicios de valor. La espera debe ser corta para las citas, las consultas y las referencias. Se debe ofrecer educación participativa en salud en un local atractivo y limpio.
– Apropiado: Reconocer y tener respuesta a otras necesidades, no solo de la que motiva la consulta, y sistemas de referencia para condiciones no tratables en el centro de salud.
– Efectivo: Contar con los equipos e insumos necesarios (al menos cinco métodos anticonceptivos). El equipo de salud debe tener tiempo suficiente para atender adolescentes, las competencias requeridas para dejar resuelto o encaminado los problemas y usar los protocolos y guías basadas en evidencias.

De igual modo deben respetarse los derechos y necesidades de los trabajadores de los servicios, el acceso a capacitación, información, laborar en una infraestructura adecuada, garantías de insumos, asesoramiento, apoyo de los supervisores, respeto, retroalimentación sobre su desempeño y derecho a expresar sus opiniones sobre la calidad de los servicios.

La humanización de la atención debe ser un principio en la dimensión ética de la relación entre usuarios y proveedores. Implica la valoración de todas las personas involucradas (usuarios, trabajadores, gestores) y se guía valores como la autonomía, el protagonismo de los usuarios, la corresponsabilidad entre ellos, el establecimiento de vínculos solidarios, el respeto a los derechos de los usuarios y la participación colectiva en el proceso de gestión.

La calidad en la planificación familiar está relacionada con la elección del método por los adolescentes, el aumento de la prevalencia de su uso y la calidad. Mientas mejor es la calidad, aumentará el uso de anticonceptivos.

Para reducir las necesidades de anticoncepción, insatisfechas en adolescentes, no solo se requiere asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos en toda la red básica de salud y ampliar el acceso, sino también asegurar la calidad de la atención.

Los equipos básicos de salud deben tener en cuenta seis elementos fundamentales para asegurar la calidad de la atención en las consultas de planificación familiar, todos interrelacionados bidireccionalmente:

– Existencia de información para los usuarios. Para una elección informada, los adolescentes deben recibir información, imparcial, completa y basada en evidencias, sobre todos los métodos anticonceptivos y sus características. Deberán conocer cómo se usa, cómo actúa, su eficacia, efectos colaterales y seguimiento. La información puede ser dada en forma colectiva, lo que permite una amplia interacción para resolver todas las dudas.
– Buenas competencias técnicas de los proveedores. Todo el equipo de salud (auxiliares, enfermeras, médicos) tiene que estar capacitado en los aspectos técnicos de los métodos anticonceptivos y las habilidades de comunicación interpersonal, porque influyen en la elección del método y la calidad del servicio.
– Adecuadas relaciones Interpersonales entre los usuarios y los proveedores. El servicio debe reconocer que los adolescentes tienen el derecho a acceder a la información y a la atención en anticoncepción. El equipo básico de salud en los consultorios del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y en los servicios de aborto y posparto debe atender de manera cordial, crear un clima de confianza, estar siempre disponible para atender y responder a todas las dudas de los adolescentes y verificar que entienden las indicaciones o instrucciones.
– Elección libre sobre los métodos disponibles: los adolescentes deben tener a su disposición una amplia gama de métodos para poder escoger libremente el que consideren más adecuado. Si el método anticonceptivo no está disponible, deberá referirse a consulta municipal de referencia o al servicio hospitalario. Por ejemplo: implantes hormonales inyectables de baja disponibilidad, ligadura y vasectomía. Los adolescentes también tienen la libertad para cambiar de método si así lo desean o necesitan.
– Garantías de continuidad y seguimiento. Las guías de actuación y los protocolos de seguimiento deben establecerse de acuerdo con las evidencias científicas y las características y necesidades de los adolescentes. Se debe estimular la continuación de uso respondiendo todas las dudas con información basada en la evidencia, y siempre se verifica la satisfacción y el modo de uso del método. Se sugiere aprovechar los contactos para reforzar otras informaciones, por ejemplo, doble protección para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida.
– Oferta de atención especializada para otros problemas de salud sexual y reproductiva identificados. Los equipos básicos de salud deben atender otras necesidades (prevención del cáncer cervicouterino y examen de mamas) y referir a los adolescentes oportunamente ante cualquier sospecha de enfermedad (diabetes, hipertensión, displasia cervical) para la valoración por profesores del grupo básico de trabajo. Se debe integrar la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida a la atención en anticoncepción.

En la consulta de planificación familiar se propone seguir un modelo de cinco pasos para la atención de los adolescentes:

– Establecer una relación cordial: Saludar, presentarse, llamarlos por el nombre y crear un clima de confianza, atender en un ambiente agradable, cuidar la privacidad, hacer comentarios generales y hablar de la confidencialidad.
– Identificar sus necesidades: Usar técnicas de comunicación como:
  • Comunicación verbal: preguntas adecuadas, tono de voz agradable, elogios e incentivos.
  • Comunicación extraverbal: escuchar con atención, mantener postura inclinada hacia la persona (sin empoderamiento), mirar a los ojos del adolescente, toque de apoyo y expresión del rostro.
– Responder a las necesidades: Información correcta, clara y objetiva, lenguaje adecuado y uso de apoyo visual (rotafolio), si se requiere.
– Verificar la comprensión: Preguntar si tienen dudas, escuchar con atención las dudas, repetir la información, si es necesario, hasta comprobar que la dominan y comprenden.
– Mantener una relación cordial: El equipo básico de salud debe colocarse a disposición del adolescente, transmitir confianza y estimular el seguimiento.

Anticoncepción

La anticoncepción es la prevención del embarazo mediante el empleo de métodos anticonceptivos, a través de los que se puede limitar la capacidad reproductiva de una persona o de una pareja en forma temporal o permanente y que permite a cada persona alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo con su proyecto y situación de vida. Algunos métodos también pueden proporcionar protección contra infecciones de transmisión sexual.

Garantizar que todas las personas tengan acceso a sus métodos anticonceptivos preferidos refuerza varios derechos humanos, incluidos el derecho a la vida, a la libertad de opinión y expresión y el derecho al trabajo y a la educación, además de reportar importantes beneficios para la salud y otros.

El uso de anticonceptivos previene en las mujeres los riesgos para la salud relacionados con el embarazo, sobre todo en las adolescentes. Además, cuando el intervalo entre nacimientos es inferior a dos años, la tasa de mortalidad infantil es el 45 % mayor que cuando este intervalo es de 2 a 3 años, y el 60 % mayor si es de 4 años o más. También brinda una serie de beneficios potenciales no relacionados con la salud que incluyen mayores oportunidades de educación, más autonomía para las mujeres, así como el crecimiento demográfico y el desarrollo económico sostenibles para los países.

Entre los años 2000 y 2019 la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos en mujeres en edad reproductiva casadas aumentó a nivel mundial solo 2,1 puntos porcentuales (del 55,0 al 59,5 %). Entre los motivos de este lento aumento figuran la escasa oferta de métodos, el acceso limitado a los servicios de planificación familiar, sobre todo por parte de las personas jóvenes, con menos recursos y solteras; el miedo a reacciones adversas, que a veces se han sufrido con anterioridad; la oposición por razones culturales o religiosas, la mala calidad de los servicios disponibles, los prejuicios de usuarios y profesionales contra algunos métodos y los obstáculos por razón de género para acceder a los servicios.

Se calcula que en 2019 había 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) en el mundo, de las cuales 1112 millones precisan de planificación familiar. De ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades desatendidas en materia de anticoncepción.

El porcentaje de mujeres en edad reproductiva con las necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos (que corresponde al indicador 3.7.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible) era del 75,7 % a nivel mundial en 2019, pero en África central y occidental esta cifra no llegaba al 50 %. Más del 70 % de las mujeres cubanas en edad reproductiva usan algún método anticonceptivo, pero el 8 % tienen necesidades insatisfechas, siendo mayor en las adolescentes. Ello se debe a obstáculos asociados al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, los desafíos y brechas de género y a aspectos de carácter social, cultural educacional y comunicativo.

Métodos anticonceptivos

El médico o personal de enfermería debe conocer que la elección informada, libre y voluntaria del método anticonceptivo es un derecho de las personas y que deben asegurarse que el uso del método elegido no signifique riesgos para la salud de la mujer o su pareja.

Clasificación:

– Métodos permanentes. Los que limitan permanentemente la capacidad reproductiva. Ejemplo: la ligadura tubárica o esterilización quirúrgica en la mujer y la vasectomía en el hombre.
– Métodos transitorios. Los que están destinados a espaciar el número de hijos o limitarlos por un periodo de tiempo en parejas que así lo desean. Son una opción para adolescentes o mujeres con riesgos reproductivos hasta que logran su modificación a atenuación. Ejemplo: parches, diafragmas o anillos vaginales, píldoras anticonceptivas orales, implantes inyectables, preservativos, método de la amenorrea por lactancia materna (MELA), coito interrumpido y métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud recomienda los de larga eficacia y larga duración:

– Según su grado de eficacia:
  • Muy eficaces (entre 0 y 0,9 embarazos por cada 100 mujeres).
  • Eficaces (entre 1 y 9 embarazos por cada 100 mujeres).
  • Moderadamente eficaces (entre 10 y 19 embarazos por cada 100 mujeres).
  • Menos eficaces (20 o más embarazos por cada 100 mujeres).
– Según su seguridad, en cuanto al número de embarazos habidos en un año por cada 100 mujeres que utilizan el método:
  • Elevada seguridad: implantes subdérmicos, anticonceptivos orales combinados, píldoras con progestágeno solo, inyectables con progestágeno solo, inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables combinados, parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado, dispositivo intrauterino de cobre, dispositivo intrauterino de levonorgestrel.
  • Baja seguridad: preservativo masculino, femenino, método de la amenorrea de la lactancia, método de los días fijos, método de la temperatura corporal basal, método de los dos días, método sintotérmico,

método del calendario o método del ritmo, coito interrumpido.

– Según su mecanismo de acción:
  • Los que evitan la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).
  • Los que espesan el moco cervical impidiendo la unión de los espermatozoides con el óvulo y evitan la ovulación.
  • Los que, dentro de la cavidad uterina, dañan los espermatozoides e impiden que se unan con el óvulo.
  • Los que forman una barrera que impide la unión de los espermatozoides con el óvulo.
  • Los que impiden el embarazo si se evita el sexo vaginal sin protección durante los días más fértiles.
  • Se impide el embarazo, absteniéndose o usando preservativo, evitando el sexo vaginal sin protección entre el primer y el ultimo día fértil.
  • Los que constituyen una barrera que evita que los espermatozoides entren al cuerpo de la mujer, evitando así la fecundación.

Los de mayor disponibilidad en Cuba son:

– Hormonales. Pueden ser combinados o solo de progestágenos y usarse de manera habitual o de emergencia. Su presentación es en tabletas orales, inyectables o implantes subdérmicos.
– Dispositivos intrauterinos.
– Condón femenino o masculino.

Los métodos anticonceptivos deben cumplir algunos requisitos y características, el más importante es la ya mencionada eficacia, que varía de unos a otros y se expresa habitualmente como el número de embarazos que ocurren en 100 mujeres durante un año de uso del método.

Esa eficacia se divide para su evaluación en:

– Eficacia en uso correcto: Incluye los embarazos que ocurren con el uso correcto y consistente del anticonceptivo.
– Eficacia en uso habitual: Incluye todos los embarazos que ocurren durante el uso del anticonceptivo, ya sea usado en forma adecuada o no.

No hay un método considerado el mejor para todas las personas en todas las situaciones de la vida. Se deben considerar las características de los métodos y las circunstancias actuales de vida y elegir el que parezca más adecuado para poder alcanzar los objetivos reproductivos sin riesgos.

La Organización Mundial de la Salud pública de manera sistemática, revisa y determina, basados en una amplia evidencia científica, los criterios médicos de elegibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos, y recomienda a las mujeres y parejas su uso teniendo en cuenta cuatro categorías:

– Categoría 1. No hay limitaciones para el uso del método. Puede indicarse sin limitación.
– Categoría 2. Los beneficios de usar el método superan los posibles riesgos. Generalmente puede usarse con precaución.
– Categoría 3. Los posibles riesgos superan los beneficios de usar el método. No debe recomendarse su uso.
– Categoría 4. El uso del método representa un riesgo inaceptable. No usar nunca.

Variantes de métodos anticonceptivos y sus características:

– Métodos de barrera (condón femenino o masculino). Su mecanismo de acción es impedir que los espermatozoides entren a la vagina de la mujer y evitar así la fecundación. No son considerados de alta seguridad y efectividad, pero sí los únicos en prevenir las infecciones de transmisión sexual.
– Anticonceptivos hormonales. Son preparados que contienen bajas dosis de hormonas sexuales femeninas: estrógenos y progestágenos. Existen varios tipos de anticonceptivos hormonales:
  • Anticonceptivos hormonales orales e inyectables combinados, estrógenos y progestágenos.
  • Anticonceptivos hormonales orales e inyectables, solo de progestágenos.

Anticonceptivos hormonales inyectables combinados. Son preparados inyectables que contienen las dos hormonas sexuales femeninas, una progestina y un estrógeno. También reciben el nombre de anticonceptivos inyectables combinados, y por su modo de empleo como la inyección mensual. Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la ovulación en casi el 100 %, siempre que se respeten los ciclos y, además, haciendo más hostil y difícilmente penetrable el moco cervical.

Tienen una alta eficacia y menos riesgos de salud que las píldoras por usar estrógeno natural y no tener el primer paso por el hígado, pero la eficacia depende de la puntualidad. Cuando se utiliza de forma continua y consistente se producen menos de 0,05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. En el uso habitual es de 3/100 mujeres en el primer año de uso. Hay riesgo de embarazo cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite; el retorno a la fertilidad tras la

interrupción es rápido. El método sin el uso del condón no protege de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-sida.

No deben ser propuestos por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 4 OMS) en mujeres puérperas lactando hasta las 6 semanas posparto, puérperas que no lactan con menos de 21 días posparto y con factores de riesgo de tromboembolismo pulmonar, hipertensión arterial de moderada a grave, cáncer de mama actual, enfermedad tromboembólica o accidente cardiovascular, migraña con aura a cualquier edad, cardiopatía isquémica o valvular y cirugía mayor con inmovilización prolongada.

No deben ser propuestos porque los riesgos superan a las ventajas de su uso (categoría 3 OMS) en mujeres puérperas lactando entre las seis semanas y los 6 meses, puérperas que no lactan con menos de 21 días posparto, sin otros factores de riesgo de tromboembolismo pulmonar, hipertensión arterial leve, diabetes *mellitus* con más de 20 años de evolución o con enfermedad vascular, enfermedad de vesícula biliar, hepatitis viral aguda, uso de lamotrigina y antirretrovirales (inhibidores de proteasa-ritonavir), existencia de múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular; fumadora de 35 años o más y migraña sin aura en mujeres de 35 años o más.

Tienen pocos efectos secundarios, pero más alteraciones menstruales que con las tabletas anticonceptivas. Sus efectos colaterales son cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo, sangrado más leve y de menos días, irregular o infrecuente; amenorrea, cefaleas, mareos, náuseas, sensibilidad en los senos, cambios de peso, cambios de humor y acné.

Sus beneficios son la disminución del flujo y de la duración de los sangrados, de los síntomas de endometriosis y de tensión premenstrual. Reducen el riesgo para enfermedades benignas de la mama, cáncer de ovario y endometrio, quistes ováricos funcionales, embarazo ectópico y enfermedad inflamatoria pélvica.

La primera inyección debe administrarse, de elección, en la primera semana del ciclo y repetirse cada 30 días. Puede atrasarse hasta 7 días sin necesitar un método de respaldo. De no aplicarse en este periodo y cuando se haya abandonado la doble protección se utiliza anticoncepción de emergencia.

Anticonceptivo hormonal inyectable solo de progestágenos. El nombre genérico es acetato de medroxiprogesterona (presentación de 150 mg/mL) y el nombre comercial más conocido en Cuba es depoprovera.

Es muy conveniente para la mujer por su fácil uso y por su alta efectividad en prevenir embarazos, más aún en adolescentes. Es una inyección simple cada 13 semanas. En el primer año de uso las probabilidades de embarazo son menos del 0,2 %, pero en todos los casos debe recomendarse el uso sistemático y correcto de preservativos masculinos o femeninos para prevenir el aumento de infecciones de transmisión sexual y del VIH.

Puede ser iniciado el mismo día del aborto o en consultas a inicios o mediados del ciclo menstrual, siempre que exista certeza razonable de que no hay embarazo. El efecto secundario y principal que causa discontinuidad es el sangramiento o manchas, lo que debe ser evitado explicándoselo a las mujeres y, fundamentalmente, a las adolescentes antes de la inserción. Este efecto colateral no supera los riesgos que representa un embarazo no planificado.

Entre las ventajas que recomiendan el uso de este método en las adolescentes están la resolución de la dismenorrea, provoca amenorrea (que no debe ser motivo de preocupación ni de consulta médica) con la consecuente reducción del gasto y del uso de almohadillas sanitarias, ni limitantes para actividades acuáticas; la prevención de anemia por ferropenia, el cáncer de endometrio y, además, es la elección más acertada en algunas enfermedades crónicas, pues eleva el umbral convulsivo en mujeres epilépticas, con reducción de crisis y reduce la frecuencia de las crisis vasoclusivas en las que padecen anemia drepanocítica (sicklemia).

La Agencia de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos en el 2004 alertó que su uso provoca reducción de la densidad mineral ósea, pero subsecuentes publicaciones han documentado que esta se recupera sustancialmente después de la suspensión. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología reconoce el riesgo, pero se limita a sugerir el monitoreo de la densidad mineral ósea después del segundo año de uso y tener en cuenta otros riesgos de osteoporosis, evaluando las particularidades en cada paciente. Las mujeres que eligen su uso deberán ser asesoradas sobre la necesidad de ingerir diariamente 1300 mg de calcio y 600 U de vitamina D, además de practicar regularmente actividad física.

La obesidad es el principal efecto adverso referido, sobre todo por adolescentes. Las mujeres obesas que usan anticonceptivos orales, implantes o dispositivos intrauterinos, no aumentan más de peso que las mujeres no obesas después de iniciado el uso. Es cierto que las adolescentes que usan acetato de medroxiprogesterona

son más propensas al aumento de peso que las que no lo usan, y que las que usan anticonceptivos orales, pero se contrarresta recomendando hábitos alimentarios saludables y la práctica regular de actividad física.

No deben proponerse por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 4 OMS) cuando hay cáncer de mama actual, y no deben ser propuestos porque los riesgos superan a las ventajas de su uso (categoría 3 OMS) en las condiciones siguientes:

– Enfermedad tromboembólica.
– Cardiopatía isquémica o accidente vascular encefálico.
– Migraña con aura a cualquier edad (para continuación).
– Enfermedades hepáticas.
– Uso de rifampicina, rifabutina y anticonvulsivantes.
– Lupus eritematoso sistémico (anticuerpos antifosfolípidos positivos).
– Cirrosis grave descompensada.
– Cáncer de mama (sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años).

Las dudas en cuanto al retorno a la fertilidad se han desmitificado en el tiempo, pues estudios demuestran que después de seis meses se recupera la fertilidad hasta el 60 % y llega a ser del 100 % a los dos años.

Implante subdérmico de progestágenos. Se trata de dos pequeños y finos tubos de silicona que contienen etonorgestrel, un metabolito activo de progestágenos. Es un método cómodo para las mujeres e ideal para adolescentes, pues no requiere de revisión periódica. Brinda protección por un largo periodo (tres a cinco años), no se corre el riesgo del olvido y puede ser retirado cuando la mujer lo decida, con retorno a la fertilidad en meses posteriores. Clasifican, según su elegibilidad, en categoría 1, pues no existen prácticamente restricciones para el uso del método y ninguna para las adolescentes. Son altamente efectivos (tasa de fallo con uso típico o perfecto menor al 1 %.)

Este implante se inserta en la cara interior del antebrazo por un personal entrenado (médico o personal de enfermería) en cualquier momento del ciclo menstrual, inmediatamente después del aborto o del posparto. Deben ofrecerse a las embarazadas adolescentes y colocarse en el puerperio, antes del alta hospitalaria. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y el Centro para el Control de Enfermedades apoyan la inserción posparto inmediata de los implantes, como una práctica efectiva y satisfactoria para romper las barreras de acceso de los adolescentes a los servicios de planificación familiar.

La inserción puede provocar un relativo dolor y deja equimosis por varios días. Hay que explicarle bien a la adolescente que puede provocar sangramiento discontinuo o manchas y de esa forma contribuir a evitar la discontinuidad del método. Estos efectos colaterales no superan los riesgos que representa un embarazo no planificado. Después de la inserción debe aconsejarse el uso de métodos de barrera o abstinencia durante las primeras semanas, aunque deben ser usados siempre para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida.

No existen evidencias de que afecten la lactancia, ni el crecimiento, ni la salud de los lactantes. En contra de la propuesta se han argumentado probables efectos de la progestina sobre la lactancia materna, pero no hay estudios que lo comprueben.

Anticonceptivos hormonales orales combinados. Son conocidos como "la píldora"; contienen una combinación de estrógenos y progestágenos y su eficacia es considerada elevada, aunque depende en gran medida del uso correcto que se haga de ellos. Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la ovulación en casi el 100 %, además de hacer más hostil y difícilmente penetrable el moco cervical.

Cuando se utilizan de manera correcta y consistente la tasa de embarazos en el primer año de uso es de 0,3 por cada 100 mujeres, mientras que en su uso habitual la tasa de embarazo es de ocho por cada 100 mujeres que la utilizan en un año.

Las mujeres que emplean anticonceptivos hormonales orales combinados pueden retornar rápidamente a su fertilidad, tan pronto como aquellas que emplean métodos no hormonales.

Anticonceptivos hormonales orales solo de progestágenos. Son píldoras que contienen dosis bajas de progestina, igual que la progesterona natural presente en la mujer. No contienen estrógenos y, por tanto, se pueden utilizar durante la lactancia y en mujeres que no pueden usar métodos con estrógenos. Este método se conoce también como de la minipíldora. Su mecanismo de acción es el de inhibir la ovulación en menor proporción (60 % aproximadamente), provocan alteraciones en el moco cervical, que lo hace más hostil y menos penetrable por el semen.

Es un método eficaz y seguro en mujeres que lactan, sin causar efectos en el lactante. Su efecto indeseado más común es que con mucha frecuencia provocan alteraciones del sangrado menstrual, pero sin repercuciones en el estado de salud de la mujer.

Su eficacia es alta, cuando se utilizan de manera correcta y consistente la tasa de embarazos en el primer año de uso es de 0,3 por cada 100 mujeres, mientras que en su uso habitual la tasa de embarazo es de ocho por cada 100 mujeres que la utilizan.

La eficacia depende de la sistematicidad de su uso, para la mujer que menstrua aumenta el riesgo de embarazo si se retrasa u omite por completo la ingesta de la píldora. Deben tomarse todos los días, sin descanso cuando se termina un blíster. Este método, sin el uso del condón como doble protección, no protege de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-sida.

No deben proponerse, por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 4 OMS) cuando hay cáncer de mama actual, y no deben ser propuestos por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 3 OMS) en presencia de enfermedad tromboembólica, cardiopatía isquémica y accidente vascular encefálico, migraña con aura a cualquier edad (para continuación), enfermedades hepáticas, uso de rifampicina, rifabutina y anticonvulsivantes, lupus eritematoso sistémico (anticuerpos antifosfolípidos positivos), cirrosis grave descompensada, cáncer de mama (en el pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años).

Podrá usarse en cualquier momento del ciclo menstrual siempre que se haya descartado un embarazo. De elección debe comenzarse la administración los primeros 5 días del ciclo menstrual, pero después del séptimo día se recomienda el uso de otro método o la abstinencia por 48 h. Se recomienda también su uso inmediato posparto e inmediatamente después de una interrupción voluntaria de embarazo, sea por aborto quirúrgico, medicamentoso o regulación menstrual.

En caso de olvido de una píldora anticonceptiva solo de progestágeno se recomienda tomar la píldora olvidada en el momento en que se recuerde, tomar la tableta que corresponde a ese día en la hora habitual, la abstinencia sexual o usar protección anticonceptiva adicional en las próximas 48 h. Si hubo relación sexual se debe recomendar el uso de la píldora de anticoncepción de emergencia.

No hay restricciones para el uso de cualquier tipo de anticonceptivo hormonal en mujeres con VIH o alto riesgo de VIH. En general, las mujeres adolescentes que estén recibiendo terapia antirretroviral pueden utilizar cualquiera de los métodos anticonceptivos hormonales, teniendo en cuenta algunas consideraciones específicas.

Anticoncepción de emergencia. La anticoncepción de emergencia o píldora del día siguiente, aunque no es un método seguro ni de alta eficacia, debe usarse por mujeres tantas veces como se olvide utilizar el método usual, se tenga sexo desprotegido o sea víctima de violencia sexual. Se deben tomar dos tabletas de 0,75 mg o una tableta de 1,5 mg en dosis única, hasta 5 días después del coito, aunque su mayor efectividad es en las primeras 72 h después del coito desprotegido.

Puede ser usada sin restricción (categoría 1 de la OMS) en mujeres con casi todas las condiciones (obesidad e historia de embarazo ectópico), incluso si se tiene sospecha razonable de embarazo y dudas de continuarlo o no. Puede ser utilizada con precaución (categoría 1 de la OMS) con historia de cardiopatía grave, ictus hemorrágico, trastornos tromboembólicos, enfermedad hepática grave y migraña, dado que las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados. No tiene interferencia con otros medicamentos inductores de CYP3A4, como rifampicina, fenitoina, fosfenitoina, fenobarbital, carbamazepina, oxcarbamazepina, primidona, rifabutina y los antirretrovirales efavirenz y nevirapina.

Constituye una estrategia clave en la reducción del embarazo adolescente no planificado. Los profesionales de salud deben mantener informados a los adolescentes de su disponibilidad y el modo de uso, debiéndose administrar cuanto antes en caso de violación.

Dispositivos intrauterinos. Son métodos que en el interior del útero estimulan una respuesta inflamatoria local con presencia de linfocitos y enzimas lisosomales que inhabilitan los espermatozoides. En Cuba los más conocidos y disponibles son el multiload y la T de cobre. Este último es el más usado; se trata de un pequeño aparato de plástico flexible en forma de T, rodeado de mangas o alambres de cobre. Brindan una alta protección contra embarazos y su uso fue aprobado por la Agencia de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos para 10 años, pero ha demostrado ser eficaz hasta por 12 años.

Es uno de los métodos más altamente efectivos y perdurables. Insertados correctamente, dentro de la cavidad uterina y en cualquier posición, crea una protección elevada y reversible. Se produce menos de un embarazo por cada 100 mujeres que utilizan el dispositivo intrauterino en el primer año de uso. Después de 10 años de uso del dispositivo intrauterino aproximadamente dos embarazos por 100 mujeres. Su efectividad no depende de la mujer que lo usa.

El dispositivo intrauterino puede ser usado sin restricciones en cualquier mujer adolescente que lo escoja, después de haberse informado sobre todos los métodos disponibles y sus características y que no presente condiciones médicas categorizadas en el nivel 3 o 4 de los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud. Este método sin el uso del condón como doble protección no protege de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-sida.

No deben ser propuestos, por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 4 OMS) en embarazo, infección posparto o posaborto, sangrado vaginal inexplicable, enfermedad maligna del trofoblasto, cáncer cervical o de endometrio, enfermedad inflamatoria pélvica, cervicitis purulenta, gonorrea o clamidia actual, tuberculosis pélvica, alteraciones anatómicas de la cavidad uterina y enfermedad clínica grave por VIH. No deben ser propuestos, por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 3 OMS) en las condiciones siguientes: de 48 h a 4 semanas después de un parto o un aborto, enfermedad trofoblástica benigna, cáncer de ovario y tuberculosis pélvica.

Se han descrito como efectos colaterales cambios en los patrones de sangrado (en especial en los primeros tres a seis meses), por ejemplo, menstruación prolongada y abundante, sangrado irregular, más calambres y dolor durante la menstruación. El efecto adverso referido por más de la mitad de las mujeres nulíparas es el dolor moderado o severo horas después de la inserción. Este efecto colateral no supera los riesgos que representa un embarazo no planificado.

La mujer con dispositivo intrauterino tiene un riesgo relativo de perforación uterina por el dispositivo o el instrumento de inserción, hemorragias y *shock* vagal durante la colocación (1,6 a 1,8) comparado con mujeres sin método. El riesgo es mayor solo en las primeras semanas después de la inserción. Este método sin el uso del condón como doble protección no protege de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-sida.

Los dispositivos intrauterinos podrán colocarse en cualquier momento después de tenerse la certeza razonable de que la mujer no está embarazada, preferiblemente en los primeros cinco días del ciclo menstrual; en el periodo posparto en las primeras 48 h o un mes después del parto; inmediatamente en el posaborto, durante la primera menstruación después del procedimiento o después de la cuarta semana, siempre que se descarte un embarazo.

Pueden ser insertados si no existe sospecha razonable de embarazo, no es necesario realizar, previo a su inserción, ultrasonido, exudado vaginal o endocervical (excepto en adolescentes con riesgo elevado de infecciones de transmisión sexual) ni citología, pero se pospone si existe síndrome de flujo vaginal (vaginitis, infección actual por clamidia, gonorrea o signos de cervicitis purulenta) y enfermedad clínica grave por VIH, hasta que pase a leve. No deben ser insertados en caso de infección posparto o posaborto.

Su inserción en embarazadas adolescentes en el puerperio inmediato y posaborto es segura y muy eficaz. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y el Centro para el Control de Enfermedades apoyan esta práctica. Hay estudios que demuestran que muchas adolescentes que egresan del puerperio no regresan al consultorio a insertarse el dispositivo intrauterino. La cobertura anticoncepcional es similar a cuando es insertado en el puerperio tardío, aunque la expulsión puede ser más frecuente cuando es insertado inmediatamente.

Los dispositivos intrauterinos no provocan enfermedad inflamatoria pélvica. Las infecciones relacionadas con su uso son más frecuentes en el momento de la inserción y la retirada de este. No existe relación entre su uso y el incremento del riesgo de incidencia de embarazo ectópico. No tiene efecto abortivo, evita la fecundación. No se relaciona con el incremento de cáncer de cuello uterino ni de alguna otra localización.

Son altamente eficaces al utilizarse como anticoncepción de emergencia, antes del quinto día de una relación desprotegida, cumpliendo los mismos criterios de elegibilidad y siempre que existe certeza razonable de no embarazo. Se garantiza, además, una larga duración y alta eficacia contra embarazos no deseados.

La fertilidad se recupera sin demora al dejar de utilizar el dispositivo intrauterino de cobre.

Elección del método anticonceptivo

Cuando una pareja acude al médico de familia solicitando un anticonceptivo, es importante saber escuchar y tener en cuenta sus características. Debe informarse y orientarse a la mujer y su pareja sobre todas las variantes de métodos, mecanismos de acción, modo de uso, riesgos, beneficios y efectos secundarios de cada método anticonceptivo, disponible o no, lo cual contribuye a la libre elección informada y a una mayor tasa de continuidad en el uso.

Se deben proponer los más eficaces y de larga duración, basados en la evidencia científica y no en la experiencia empírica del profesional, y siempre respetando el derecho a la libre elección del método. Se debe conciliar la frecuencia de la revisión médica, la que varía de acuerdo con el método seleccionado, y orientar la consulta rápida ante cualquier alteración que se presente para esclarecer dudas.

Se impone 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:
  - Edad actual y edad de la menarquia, 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 convive junto a su pareja 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, prestando especial interés al aparato ginecológico, al sistema circulatorio y al examen de las mamas.
– Exámenes complementarios. No son necesarios ante la presencia de una afección médica conocida. No debe condicionarse la colocación o administración de un método anticonceptivo a la realización de exámenes de hemoquímica, estudios microbiológicos (exudado vaginal simple y con cultivo, exudado endocervical o a la realización previa de la prueba citológica).

La OMS ha reconocido estos exámenes como barrera para el acceso de los adolescentes a los servicios de planificación familiar. No debe aprovecharse la solicitud de un método anticonceptivo para hacer estudios demostrados científicamente que no repercutan en el efecto o daño colateral al uso de un método anticonceptivo. Por ejemplo, solo con un examen con especulo y en ausencia de flujo vaginal o cervicitis, se puede colocar un dispositivo intrauterino. La práctica demuestra que cuando le dices a un adolescente que hay que hacer exámenes complementarios, se van y no regresan a consulta o llegan embarazadas. Ningún efecto adverso o desventaja es superior a los efectos negativos del embarazo en la adolescencia.

La elegibilidad de las personas para usar diversos métodos anticonceptivos debe apoyarse en los criterios de la OMS publicados en *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos,* quinta edición (2015). Además del criterio clínico, los criterios sociales, de conducta y otros criterios no médicos como el riesgo inicial de enfermedad, el perfil de efectos adversos de los distintos productos, la disponibilidad y las preferencias de los adolescentes. En el caso de los adolescentes que viven con VIH-sida deben tenerse en cuenta los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos en personas que viven con VIH-sida* (2017).

La elección de un método anticonceptivo requiere de un cuidadoso consejo contraceptivo. Es necesario conocer las ventajas, los inconvenientes y los criterios médicos de elegibilidad de los distintos métodos anticonceptivos, así como recomendar la doble protección. Depende, de una parte, la eficacia del método anticonceptivo para la prevención de un embarazo no planificado y, de otra parte, de cuán correcta y consistentemente se use.

La toma de decisiones requiere un equilibrio entre las ventajas y las desventajas de los diferentes métodos, que varían en función de las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales.

Anticoncepción en la adolescencia

La mayoría de los adolescentes inician y mantienen relaciones sexuales coitales sin estar suficientemente preparados para unas relaciones interpersonales íntimas, ni para adoptar, en todo momento, una conducta sexual responsable. Las dificultades emocionales, los desengaños, los problemas de comunicación, las relaciones sexuales no gratificantes, los embarazos no deseados con su correlato de abandono de estudios o proyectos vitales e interrupciones voluntarias de embarazo y las infecciones de

transmisión sexual, pueden llegar a ser el lado oscuro de su posterior vida sexual adulta.

Los médicos generales integrales, ginecobstetras y pediatras pueden contribuir a que los adolescentes disfruten de una sexualidad segura y placentera, basada en relaciones de igualdad y de respeto, facilitando espacios de escucha empática y favoreciendo la toma de decisiones responsables. Para ello, deben ayudarles a descubrir cómo quieren vivir su sexualidad y relacionarse con sus parejas; deben poder ofrecer asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual y ayudarles a elegir aquellos que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias.

La anticoncepción en la adolescencia presenta peculiaridades. La primera cuestión que se plantean muchos profesionales es si pueden abordar el tema con los adolescentes menores de edad sin la presencia de sus padres o tutores. También pueden preguntarse acerca de los límites de la confidencialidad a la que están obligados y sobre cómo ofrecer consejo contraceptivo. Pueden tener dudas acerca de la seguridad del uso de métodos hormonales en las más jóvenes o de los dispositivos intrauterinos en chicas que no han tenido hijos y recelos ante la controversia en el uso de la píldora poscoital. Por otra parte, la mayoría de las adolescentes están sanas, lo que favorece la elegibilidad médica de los métodos disponibles, los que, en general, solo deben adaptarse a las preferencias de la adolescente.

Un amplio rango de factores influye sobre la conducta de los adolescentes frente a la anticoncepción, depende de las características personales, el contexto familiar, el soporte social, los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la disponibilidad y acceso a estos. Los profesionales no deben oponerse a la elección de las adolescentes ni imponer una. Deberán recordar que la mayoría de los adolescentes tienden a ser usuarios más eficaces a medida que adquieren mayor experiencia con un método.

En general, los adolescentes son elegibles para usar los mismos métodos anticonceptivos que las personas adultas y deben tener acceso a una variedad de opciones. La edad no constituye una razón médica para negar cualquier método. Se deben sopesar las preocupaciones respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos por parte del adolescente y las posibles ventajas de evitar un embarazo no deseado. En los adolescentes con discapacidad la decisión tiene en cuenta, además de las características específicas del método, las preferencias de la persona y la naturaleza de la discapacidad.

El mejor método anticonceptivo para los adolescentes es el que logre mayor adherencia, después de ser elegido libremente, lo más recomendado es que sean reversibles, de larga acción y de alta eficacia demostrada en la prevención de embarazos. La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología coinciden en recomendar como primeras opciones anticonceptivas para adolescentes los implantes subdérmicos de progestágenos, los dispositivos intrauterinos y la anticoncepción hormonal inyectable solo de progestágenos

No deben recomendarse las técnicas de coito interrupto o marcha atrás, la toma de temperatura basal, el método del ritmo y método del moco cervical, excepto cuando sea la única alternativa elegible, pues son métodos inseguros al no disponerse de tasas de eficacia fiables y necesitan de un alto grado de motivación personal.

En las adolescentes es importante la protección contra embarazos no deseados, así como la prevención de infecciones de transmisión sexual, por tanto, los métodos de barrera, y entre ellos el condón masculino, deben ser fuertemente recomendados.

La anticoncepción de emergencia es una válida opción después de un coito sin protección, evento común en este grupo de edad. Los medios deben recomendar a los adolescentes portar siempre condones y un blister de anticoncepción de emergencia.

Bibliografía

American College of Obstetricians and Gynecologist (2015). Access to contraception. Committee Opinion. *ObstetGynecol,* No. 615, pp:250-255.

Colectivo de autores (2015). Planificación familiar y anticoncepción. En: *Salud sexual y reproductiva. Manual de procedimientos*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 12-21.Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/salud-sexual-y-reproductiva-manual-de-procedimientos-2da-ed/

Committee on Adolescent (2014). Contraception for adolescent. *Pediatrics*, pp: 1244-1256.

Curtis, K. M., Tepper, N. K., Jatlaoui, T. C., Berry Bibee, E., Horton, L. G., Zapara, L. B. *et al.* (2016). U.S. medical elegibility criteria for contraceptive use. *MMWR Recomm Rep,* pp: 1-103.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2017). *Cerrando brechas de equidad para avanzar hacia el acceso universal a la salud reproductiva en 13 países de América Latina y el Caribe.* Recuperado de:http://www.unfpa.org

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2018). *Anuario Estadístico de Salud 2017.* La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Recuperado de: https://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf

_____ (2015). *Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014.* La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

_____ (2018). *Guía de actuación para los servicios de planificación familiar.*Departamento Materno Infantil. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/guia-de-actuacion-para-los-servicios-de-planificacion-familiar/

Organización Mundial de la Salud (2014b). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations.* Ginebra: OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748 _ eng.pdf

_____ (2015b). *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual para 2016-2021.* pp: 1-3.

_____ (2018a). *Family Planning: A Global Handbook for Providers.* Organización Mundial de la Salud y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

_____ (2015c). *Medical eligibility criteria for contraceptive use.* Fifthedition. Ginebra: OMS. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/

_____ (2020). *Planificación familiar.* Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

_____ (2014c). *Recomendaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos hormonales en mujeres con VIH o alto riesgo de VIH.*

_____ (2018b). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos.* Tercera edición. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.

_____ (2014d). *WHO handbook for guideline development.* Second edition. Ginebra: OMS. Recuperado de: http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2015a). *Contraception for Adolescents. Policy Statement.* American Academy of Pediatrics. pp: 3.

_____ (2014a). Contraception for Adolescents. Policy Statement. *Pediatrics,* pp: 1244-1256.

Quintana Pantaleón C. (2017). Anticoncepción en la adolescencia. *Pediatr Integral;* pp: 312-322.

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 74
Pareja infértil e infertilidad

Roberto Tomás Álvarez Fumero

La Organización Mundial de la Salud reconoce a la Infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo, definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas. Sin embargo, hay tendencia a ampliar la definición clínica a mujeres de 35 años o más que hayan intentado un embarazo sin lograr concebir por 6 meses.

Alrededor del 15 % de las parejas en edad reproductiva y un estimado de 48,5 millones de parejas en el mundo padecen de infertilidad, cifra que en los últimos años se ha incrementado. En Europa es frecuente la prevalencia, en Francia el porcentaje oscila entre el 15 y el 25 %; una de cada cinco parejas acude a consulta por infertilidad y 28 mil de los 800 mil nacimientos que ocurren cada año son fruto de la reproducción asistida. En España el 15 % de las parejas en edad reproductiva tienen problemas de esterilidad y hay un millón de parejas demandantes de asistencia reproductiva.

En el continente americano el panorama no es diferente. En Estados Unidos el 12 % de las mujeres en edad reproductiva son catalogadas infértiles y 7,3 millones de parejas utilizan servicios para la infertilidad. En México, 2,6 millones de parejas sufren infertilidad y cada año aumenta el número de personas que reciben tratamientos de reproducción asistida. En Chile la infertilidad afecta al 10,4 % de las mujeres en edad fértil al año y a los 8 años de matrimonio permanece infértil el 4 % de las parejas.

En Cuba, los pocos estudios epidemiológicos publicados estiman la prevalencia entre el 12 y el 14 %, pero entre los años 2018 y 2019, mediante un proceso de búsqueda activa comunitaria, se han detectado 141 mil parejas consideradas infértiles, estimándose la prevalencia en el 4,5 % de las mujeres en edad fértil.

Clasificación y etiología de la infertilidad

La infertilidad se clasifica según los antecedentes o el miembro de la pareja afectado. Según los antecedentes de la pareja se clasifica en:

- Infertilidad resuelta. Embarazos que se producen después de 1 año de intentar concebir sin intervención médica.
- Infertilidad primaria. Cuando la mujer nunca ha estado embarazada o cuando ambos miembros de la pareja, en su periodo reproductivo, no han logrado tener hijos.
- Infertilidad secundaria. Es la incapacidad de concebir después de haber tenido un bebé alguno de los miembros de la pareja o ambos por separado, sin el uso de tratamientos para la infertilidad, pero que en su conjunto no logran embarazos por segunda vez.

En dependencia del miembro de la pareja que esté afectado, la infertilidad se clasifica en femenina, masculina o mixta. Se estima que entre el 20 y el 30 % es causada por la infertilidad masculina (alrededor de 30 millones de hombres son infértiles). El 50 % de los casos se deben a condiciones femeninas y el porcentaje restante es causado por una combinación de factores masculinos y femeninos.

Infertilidad femenina

Las causas principales de Infertilidad femenina varían de un país a otro, pero son los trastornos del ciclo menstrual y las enfermedades de las trompas de Falopio y el útero las más en generales, aunque hay otras.

Entre los trastornos del ciclo menstrual están:

Anovulación: Término médico utilizado para la ausencia de ovulación en una mujer fértil. Es la causa del 20 % al 25%

de los casos. Puede deberse a diversos factores como los trastornos hormonales, la edad y la menopausia precoz. El problema se puede localizar en distintos niveles:

– A nivel del encéfalo (hipotálamo, hipófisis).
– Por alteración del eje hipófisis-ovarios (como ocurre en la poliquistosis ovárica).
– En los ovarios (menopausia precoz).

Hiperprolactinemia: Es la producción excesiva de la hormona prolactina por la hipófisis, que frena la actividad del hipotálamo y, por tanto, afecta a la ovulación. Se debe a diversos factores, como tumores benignos de la hipófisis, trastornos tiroideos, uso de algunos tranquilizantes, antihipertensivos, antinauseosos, anticonceptivos orales, drogas (como el cannabis) y estrés.

Síndrome del ovario poliquístico: Se habla de poliquistosis ovárica cuando los ovarios liberan pocos óvulos o ninguno y producen cantidades insuficientes de estrógenos. En esta situación las mujeres tienen ovarios ligeramente congestionados que contienen pequeños quistes (cavidades rellenas de líquido que son en realidad folículos que no se desarrollan).

Insuficiencia lútea: Se denomina fase lútea a la segunda mitad del ciclo, al intervalo entre la ovulación y el inicio de la regla siguiente. Después de la ovulación, el folículo vacío residual se denomina cuerpo amarillo. Este cuerpo amarillo produce la hormona progesterona y desempeña una función esencial en la preparación del endometrio para la implantación y el mantenimiento de un embarazo reciente. Si esta hormona se produce en una cantidad insuficiente o la fase lútea es demasiado breve, se habla de insuficiencia lútea, para cuya solución se propone un tratamiento suplementario con progesterona.

Insuficiencia ovárica precoz: Se utiliza el término cuando los ovarios dejan de funcionar antes de la edad media normal de la menopausia (entre los 45 y los 55 años). Si no se puede explicar la ausencia de ovulación y la amenorrea en una mujer menor de 40 años, se debe considerar menopausia o falla ovárica precoz. Antes, deben descartarse las de origen genético (falta de una parte de un cromosoma X, cromosoma X adicional), las enfermedades autoinmunitarias, la concomitancia o haber recibido previamente tratamientos para el cáncer (radioterapia o quimioterapia), antecedentes de cirugías previas o intoxicaciones.

Algunas de las enfermedades de las trompas de Falopio y el útero son congénitas y otras aparecen a una edad más avanzada. Entre las principales anomalías del aparato reproductor femenino pueden citarse las siguientes:

Oclusión parcial o total de las trompas de Falopio: El movimiento del óvulo hacia la trompa de Falopio y dentro de ella puede verse obstaculizado por adherencias alrededor de la trompa o de los ovarios. El movimiento del óvulo y de los espermatozoides no es posible si las trompas de Falopio están obstruidas. Es esencial un buen funcionamiento de la trompa para conseguir un embarazo. Cerca del 15 % de los trastornos de la fertilidad en la mujer se deben a anomalías de estas tubas uterinas. Los trastornos funcionales de las trompas de Falopio se pueden manifestar de distintas maneras. Una infección ascendente a través del útero desde la vagina hacia las trompas de Falopio y la cavidad abdominal es la causa principal de anomalías y cicatrices en la pelvis menor. Si el extremo de la trompa está totalmente obstruido se puede llenar de líquido.

Este fenómeno se denomina hidrosálpinx, dilata la trompa y con frecuencia se daña la mucosa y la capa muscular. A veces, solo está alterado el mecanismo de acceso por deformación y las trompas de Falopio están sanas. Según la localización, la gravedad y la causa del daño, una intervención (microcirugía) a veces soluciona el problema. Si hay una deformación de las trompas de Falopio (gruesas y rígidas) y no hay pliegues en la mucosa, es preferible extirparlas y pasar directamente a un tratamiento de fertilización *in vitro*.

Inflamación de la pelvis menor: Es una infección de la parte superior de los órganos reproductores femeninos. Por lo general, la causa es una infección procedente de la vagina que se extiende a través del útero a las trompas de Falopio y la cavidad abdominal. Las infecciones de transmisión sexual son la causa principal de las infecciones ascendentes. Esta complicación puede dañar la pared uterina, los ovarios o las trompas de Falopio.

Endometriosis: La capa de tejido que recubre el interior del útero recibe el nombre de endometrio. El organismo expulsa el endometrio en cada ciclo menstrual. En ocasiones, este se implanta anómalamente en el exterior del útero. Según la localización de las lesiones los síntomas son diferentes y pueden tener consecuencias en la fertilidad. Una anomalía anatómica secundaria a la endometriosis puede obstruir las trompas e impedir que los espermatozoides lleguen al óvulo para fecundarlo. Las causas de la endometriosis no se han determinado con certeza, pero según una de las teorías principales, la

menstruación retrógrada puede ser la causa fundamental. Algunos investigadores piensan que este trastorno tiene un carácter hereditario.

Malformaciones congénitas del útero y la vagina: Son también denominadas anomalías mullerianas. Pueden reducir la capacidad de la mujer para quedar embarazada o impedir que el embrión implantado llegue a término. Estas son numerosas: útero bicorne o unicorne, ausencia de útero, de cuello uterino o de trompas, etc.

Problemas del moco cervical: El moco se produce en el cuello del útero para ayudar a los espermatozoides a llegar al óvulo. Si la calidad o la cantidad de moco es insuficiente es poco probable que los espermatozoides lleguen al óvulo. Los problemas del moco cervical tienen que ver con trastornos hormonales. Los cambios normales del volumen y de la estructura del moco se deben al incremento de los estrógenos que acompaña generalmente a la ovulación. El moco cervical suele ser líquido durante la ovulación. Si se altera el equilibrio de los estrógenos, la calidad del moco es diferente (puede ser más espeso o más líquido). Las infecciones o la toma de medicamentos alteran la calidad del moco.

Estrés: Por definición es una situación que la mujer puede considerar preocupante. Cada mujer interpreta y experimenta el estrés de manera diferente. Cuando es crónico y agudo puede producir depresión y modificaciones del sistema inmunitario y del sueño. Aunque es pequeña la relación de causa y efecto entre el estrés y la infertilidad, un estrés en extremo intenso en la mujer puede modificar las concentraciones hormonales y causar una ovulación irregular o espasmos en las trompas de Falopio, lo que contribuye a la infertilidad.

Trastornos de la sexualidad: Para obtener un embarazo la pareja debe tener relaciones sexuales con regularidad durante el periodo de ovulación de la mujer, conocer los momentos más fértiles y las posiciones con mayores probabilidades de ocurrir la fecundación. Los consejos de un sexólogo o psicólogo y un tratamiento farmacológico adecuado aumentan las probabilidades de éxito.

Enfermedades graves: Algunas enfermedades graves, como el cáncer, tienen una enorme influencia en muchos aspectos de la vida de la mujer. Por desgracia también puede afectar su fertilidad, ya sea por un ataque directo a los órganos de la pelvis o por los efectos secundarios de determinados tratamientos anticancerosos. En el caso de cáncer de ovario, de cuello uterino o de endometrio, a veces hay que extirpar partes esenciales del aparato reproductor. Aunque esta intervención quirúrgica salva finalmente la vida de la paciente, lamentablemente afecta sus probabilidades de embarazo ulterior. Además, la quimioterapia y la radioterapia pueden dañar el tejido reproductor, aunque esta infertilidad es a veces temporal (en particular en las pacientes jóvenes). En la actualidad, para su prevención, los médicos se interesan cada vez más por la crioconservación de los ovocitos y del tejido ovárico.

Postergación del primer embarazo: En el último decenio se ha observado un incremento de la edad en la que las parejas deciden tener niños. Son muchos los factores que pueden llevar a una pareja a retrasar su proyecto de crear una familia (obligaciones profesionales, económicas o afectivas). En Cuba se atribuye fundamentalmente al empoderamiento alcanzado por las féminas y su amplio acceso a estudios, trabajo y superación profesional.

Edad: Son varias las consecuencias de la edad en la fertilidad de las mujeres. La edad de la mujer es uno de los factores principales que determinan las probabilidades de embarazo. Una mujer de 37 años tiene el 25 % de probabilidades de presentar un problema de fertilidad, una mujer de 41 años tiene el 50 % de probabilidades y una mujer de 43 años tiene el 75 %. La fertilidad de las mujeres alcanza su punto máximo poco después de cumplir los 20 años. Después de los 35 años disminuye considerablemente (alrededor del 50 % de probabilidades con respecto a una mujer de 20 años); a los 40 años, las probabilidades de quedarse embarazada se reducen (alrededor del 10 %). La mayor influencia en la fertilidad femenina es la cantidad y la calidad de los óvulos, que disminuyen con la edad.

Diversos estudios han demostrado que, incluso después de la fecundación, el riesgo de aborto espontáneo aumenta con la edad. Hay además mayor riesgo de malformaciones congénitas fetales. Por ello, está justificado el examen prenatal en las mujeres embarazadas de 36 o más años de edad.

Peso corporal: Otro aspecto a tener en cuenta como condición que afecta la fertilidad son los trastornos del peso corporal. El sobrepeso o, por el contrario, una delgadez excesiva, puede provocar esterilidad en el varón y en la mujer. Se ha demostrado que el 12 % de los casos de esterilidad primaria se deben a problemas del peso y que un peso anormal puede reducir las posibilidades de éxito de las técnicas de reproducción asistida. Una pérdida de peso extrema o algunos trastornos psiquiátricos (Ej.: la anorexia nerviosa) afectan a la fertilidad femenina. Una actividad deportiva excesiva altera también el equilibrio hormonal y reduce la fertilidad. En el varón, un peso bajo

puede disminuir la cantidad y la calidad de los espermatozoides. El exceso de peso produce una señal hormonal anormal que afecta a la ovulación y a la producción de espermatozoides. Existe un vínculo entre la obesidad, la hiperproducción de insulina y el problema de esterilidad conocido como síndrome del ovario poliquístico. Además, la obesidad es un factor que puede causar complicaciones durante la fase final del embarazo.

Es conveniente determinar anualmente los riesgos para la reproducción de hombres y mujeres y que puedan prepararse de forma saludable para un futuro embarazo. El factor ponderal se debe abordar antes de la gestación y desaconsejar los cambios drásticos durante el embarazo.

Infertilidad masculina

La infertilidad, hasta hace poco tiempo, había sido percibida como un problema de las mujeres; hoy se sabe que la falta de concepción es un tema compartido a partes iguales con los hombres. El factor masculino es responsable único en el 20 % de los casos y contribuye a la infertilidad de pareja en el 50 % de las veces. Cuando se está frente a un factor masculino, casi siempre se observa una alteración cuantitativa o cualitativa de uno o más parámetros seminales.

La infertilidad masculina puede ser causada por múltiples patologías pretesticulares, testiculares y postesticulares. Una de las causas más comunes es el varicocele, un aumento e inflamación de las venas dentro de la piel floja que sostiene los testículos y que se presenta principalmente en los hombres adultos. Tiene una incidencia del 35 al 40 % en hombres con infertilidad primaria, lo cual implica que nunca antes han procreado; aumenta al 80 % en los hombres con infertilidad secundaria, es decir, para quienes ya han sido padres con anterioridad, pero no logran concebir por segunda ocasión. Aunque se desconoce el motivo exacto por el que los varicoceles causan infertilidad, se cree que está relacionado con la regulación anormal de la temperatura testicular. Los varicoceles deben descartarse ante una disminución de la calidad de los espermatozoides.

Las alteraciones de la fertilidad masculina son originadas en un número significativo de casos por las infecciones de transmisión sexual, las que, en dependencia del sitio anatómico en el que se presentan (uretra, próstata, uréteres) pueden generar lesiones genitales, prostatitis, uretritis, epididimitis y alteraciones en la calidad del semen. Aunque oportunamente diagnosticadas y bien tratadas pueden ser transitorias, no hacerlo puede provocar una severa y prolongada infertilidad.

Las infecciones causantes de infertilidad masculina son producidas por bacterias, virus, protozoos y hongos, que generalmente se transmiten por vía sexual, estimándose que entre el 8 y el 35 % de las consultas por infertilidad son por esta causa.

Otras causas de infertilidad masculina pueden ser:

- Problemas con la función sexual: reducción del deseo sexual, dificultad para eyacular o eyaculación de pequeñas cantidades de líquido seminal, problemas para mantener la erección (disfunción eréctil).
- Enfermedades endocrinas: alteraciones suprarrenales, alteraciones tiroideas y problemas hormonales.
- Exposición a elevadas temperaturas que suelen provocar un recuento de espermatozoides menor de 15 millones/mL de semen o un recuento total de espermatozoides menor a 39 millones por eyaculación.
- Problemas de salud crónicos: hipercolesterolismo, hiperlipidemias, diabetes *mellitus*, entre otras.
- Enfermedades genéticas.
- Problemas vinculados a prácticas comunes del estilo de vida actual como:
  - Tabaquismo. Puede causar problemas en la composición del semen, ya que la nicotina presenta diversos compuestos que originan rupturas en el ADN de los espermatozoides.
  - Exceso de bebidas alcohólicas. Reduce la producción de testosterona, hormona que participa en la producción del esperma.
  - Uso de algunas sustancias, como hormonas o algunos tipos de medicamentos, y consumo de productos para bajar de peso o para incrementar la masa muscular.
  - Consumo de drogas como la mariguana.
  - Exposición a altas temperaturas: viajar en bicicleta motocicleta, a caballo, por largos periodos; uso de ropa interior ajustada y el exceso de otras actividades que aumente la temperatura escrotal.

Existen agentes externos y ambientales que también son un factor determinante para la infertilidad de los hombres. Las altas temperaturas climáticas, por ejemplo, tienen un efecto inhibitorio directo sobre la producción de espermatozoides. También la exposición frecuente de los testículos a fuentes de irradiación de calor, como es el caso de quienes permanecen mucho tiempo sentados en un automóvil o una motocicleta, quienes laboran en

fuentes de radiaciones radioelectrónicas y los que apoyan una computadora portátil sobre su regazo Estas prácticas tienen alto riesgo de alterar negativamente la salud reproductiva masculina.

Factores predisponentes en parejas cubanas

Los factores más asociados a la infertilidad en las parejas cubanas son:

- La postergación del primer embarazo hasta una edad mayor de 35 años.
- Elevada fecundidad adolescente debido a insuficientes acciones multisectoriales para su prevención y reducción.
- Significativa incidencia de infecciones de transmisión sexual no curadas adecuadamente, resultantes de insuficiente responsabilidad ante la sexualidad en hombres y mujeres.
- Mantenida alta tasa de aborto inducido, con recurrencia a esta práctica como método de planificación familiar, más acentuado en adolescentes y jóvenes, en estos últimos por dificultades en el acceso a los servicios de planificación familiar de consultorios y policlínicos. Desde el año 1980 más de un tercio de los embarazos terminan en aborto, lo cual resulta comparativamente elevado en el contexto internacional y regional. En el caso de las adolescentes, el indicador es superior a la media del resto de los grupos de edades. El 20 % de las adolescentes cubanas de 15 a 19 años refieren haberse hecho un aborto previo.
- Enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, entre otras) y condiciones presentes antes de la concepción como obesidad, tabaquismo, adicciones al alcohol, excesivo consumo de sal y azúcar, práctica de actividad física no sistemática y otros estilos de vida no saludables que elevan el riesgo para la reproducción en mujeres y hombres. Al no ser oportunamente identificadas y modificadas, estas condiciones atentan contra una maternidad segura al favorecer la ocurrencia de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Con frecuencia resultan en morbilidad extremadamente grave o mortalidad materna.

Diagnóstico y seguimiento

Es un principio básico de la asistencia médica a la infertilidad realizar la atención, seguimiento, estudios diagnósticos y terapéuticas a cada miembro y como pareja.

En la pareja. Inicialmente serán evaluados desde el punto de vista psicológico ambos miembros de la pareja, teniendo en cuenta que entre los pacientes que acuden a consulta por infertilidad pueden existir psicopatologías asociadas entre el 20 y el 65 %. Lo ideal es garantizar una buena atención centrada en el paciente y tener directrices sobre la intervención psicológica mínima a la pareja infértil, que incluye entrevista semiestructurada con examen psiquiátrico y evaluación psicológica inicial, así como la valoración, mediante prueba, del perfil de personalidad y de los niveles de ansiedad, depresión y estrés, así como del grado de autoestima.

Si se trata de una pareja con menos de 2 años de infertilidad y las investigaciones realizadas son normales, se mantiene la observación con educación y manejo del estrés durante tres ciclos menstruales. Si no se logra el embarazo en dicho plazo, se procede a indicar coito programado según control ecográfico del ciclo menstrual durante 3 meses, tras lo cual, si no se ha logrado el embarazo, se puede valorar, según el comportamiento de los ciclos, la necesidad de utilizar citrato de clomifeno para inducir y apoyar la dinámica ovulatoria por un periodo nunca mayor de tres ciclos. Se realiza, previamente, un estudio de permeabilidad tubárica. De no lograrse el embarazo, se remite la pareja al segundo nivel de atención.

Si la pareja tiene más de 2 años de infertilidad, se realiza de inicio el control ecográfico y el coito programado, además de la educación y el manejo del estrés durante tres ciclos (obviando el periodo de observación recomendado en el caso anterior). Si no se logra el embarazo, se indica estimulación ovárica controlada con citrato de clomifeno (50 mg los días del quinto al noveno del ciclo) previo estudio del factor tubárico, el control ecográfico y el coito programado durante 3 meses, tras lo cual, si no se ha logrado el embarazo, se remite la pareja al segundo nivel de atención.

A las parejas conformadas por mujer con ovulación supuestamente normal y hombre aparentemente sano se les indicarán, a ambos miembros, los siguientes exámenes complementarios:

- Hemograma completo.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Glucemia en ayunas.
- Serología.
- VIH.
- Exudado vaginal y endocervical con cultivo (a la mujer).

No se debe olvidar hacer, en las primeras consultas, el ultrasonido transvaginal a la mujer, con el objetivo de precisar las condiciones anatómicas de los genitales

internos que ya fueron explorados en el examen físico. Este sería el ultrasonido inicial de un control ecográfico del ciclo menstrual, ya que, como se recomendó anteriormente, esta primera consulta debe realizarse en la semana inicial del ciclo. El control ecográfico debe continuarse los días 10, 12, 14, 16 y 20 (número y frecuencia según necesidades de cada caso), el que debe evaluar las características de los ovarios, el número y tamaño de los folículos antrales, su crecimiento y desarrollo, y finalmente, confirmar la ruptura del folículo dominante (ovulación) y la presencia del cuerpo lúteo; además, las características del endometrio, su aspecto trilaminar en la primera fase del ciclo y ecogénico en la segunda fase, del endocervix y del moco cervical a lo largo del ciclo.

Se puede realizar la histerosalpingografía, procedimiento que diagnostica obstrucciones túbaricas y tiene a su vez un alto valor terapéutico, pues permite desprender tapones de mucus y desobstruir el lumen de la trompa, con alta probabilidad de lograrse un embarazo en meses subsecuentes.

En el hombre es imprescindible realizar un espermograma. La toma de la muestra se indica al tercer o cuarto día de reposo sexual. Sus resultados deben ser interpretados según los criterios de la OMS con los siguientes valores referenciales de normalidad:

– Volumen: 2 a 5 mL.
– PH: 7,2 a 7,8.
– Concentración: 20 x 10^6 espermatozoides/mL.
– Motilidad: 50 % o más con progresión anterógrada (categorías a y b) o 25 % o más con progresión lineal rápida (categoría a) a los 60 min de la eyaculación.
– Morfología: 30 % o más con morfología normal.
– Vitalidad: 50 % o más de espermatozoides vivos
– Leucocitos peroxidasa positiva: menos de 1 x 10^6/mL. Si fuera positivo, realizar estudios microbiológicos buscando clamidia u otros gérmenes.

En la mujer. Realizar interrogatorio exhaustico, examen físico y completar la historia clínica. Se buscan los antecedentes de enfermedades sistémicas y sus tratamientos (diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, lupus eritematoso sistémico, sarcoidosis, arteriosclerosis).

Se deben conocer:

– Antecedentes ginecobstétricos de interés: edad de la menarquia, caracteres menstruales, presencia de dismenorrea, número total y resultado de cada embarazo previo (abortos espontáneos o provocados, partos, operaciones cesáreas, descendencia sana o con malformaciones, gestaciones extrauterinas o molares), anticonceptivos utilizados con anterioridad, especialmente los dispositivos intrauterinos.
– Duración de la infertilidad registrada en meses.
– Hábitos sexuales y frecuencia coital.
– Dispareunia, vaginismo u otros trastornos de la respuesta sexual.
– Tratamientos médicos y quirúrgicos efectuados previamente.
– Cirugías pelvicoabdominales.
– Historia de infecciones de transmisión sexual y enfermedad pélvica inflamatoria.
– Presencia de galactorrea, hirsutismo.
– Hábitos tóxicos y nutricionales.
– Ejercicio físico exagerado o sedentarismo.
– Estrés y trastornos emocionales.
– Otros datos de interés.

Se realiza un examen físico general, el que incluye talla, peso e índice de masa corporal, signos vitales, caracteres sexuales secundarios, anomalías tiroideas, desarrollo mamario, galactorrea referida, presencia de hirsutismo, cicatrices y masas pélvicas y abdominales.

Mediante el examen físico ginecológico se evalúa la distribución del vello pubiano, la vulva (clítoris e himen); mediante un espéculo la vagina y el cuello uterino, y con tacto bimanual se determinarán las características del útero (tamaño, posición, consistencia, movilidad, sensibilidad) y se exploran los anejos para detectar agrandamiento ovárico, presencia de masas anexiales, etc.).

La primera semana del ciclo de la paciente es ideal para iniciar la atención, pues de esta manera se aprovecha el ciclo menstrual desde su comienzo, en aras de realizar las investigaciones pertinentes.

En el hombre. Desde el inicio se hace un interrogatorio exhaustivo que comprenda:

– Antecedentes de enfermedades sistémicas y sus tratamientos (diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, lupus eritematoso sistémico, sarcoidosis, arteriosclerosis).
– Historia reproductiva anterior, antecedentes de paternidad y resultados.
– Hábitos sexuales y frecuencia coital.
– Duración de la infertilidad medida en meses.
– Edad y características de la pubertad.
– Antecedentes de patología genital: orquitis urleana, procesos febriles altos y prolongados, infecciones del tracto urinario y de transmisión sexual.

– Cirugías previas, sobre todo a nivel del aparato urogenital, que pueden dejar secuelas obstructivas o trastornos eyaculatorios.
– Tratamientos médicos que puedan haber ocasionado daño temporal o permanente de la espermatogénesis: hormonales (antiandrógenos, esteroides anabolizantes), quimioterápicos, inmunosupresores, radiaciones, psicofármacos, ketaconazol, cimetidina, antibióticos y otros.
– Otras situaciones o patologías que causan daño testicular evidente: traumatismos, torsiones, varicocele, criptorquidia, etc.
– Hábitos tóxicos.
– Factores ambientales y ocupacionales (calor, frío, radiaciones ionizantes, vibraciones, ruidos, metales pesados, electricidad, ultrafrecuencia de ciertos radares).
– Agentes químicos: organoclorados-DDT, pesticidas, gases anestésicos (halotane, óxido nitroso).
– Alteraciones de la función sexual y eyaculatoria: frecuencia de las relaciones sexuales intravaginales, adecuada erección, eyaculación retrógrada, etc.
– Estrés (por si solo puede ser un factor de riesgo).
– Neoplasias (testículos, próstata, vejiga, hígado, hipófisis).
– Alteraciones hormonales: Alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis testicular-tiroides.
– Alteraciones genéticas asociadas a la azoospermia, abortos inexplicados. Ej.: síndrome de Klinefelter o alteraciones cromosómicas estructurales.

El examen físico general incluye talla, peso e índice de masa corporal, signos vitales, caracteres sexuales secundarios, presencia de ginecomastia. Deben detectarse, además, anomalías en los aparatos metabólico, endocrino, cardiovascular, respiratorio y neurológico.

Mediante un examen genital se revisa el pene, la salida del meato uretral para descartar hipo- o epispadias, los escrotos y su contenido, la ubicación, posición, eje y volumen de los testículos para descartar hipogonadismo y presencia de tumoraciones. Con la palpación del epidídimo se deben descartar epididimitis crónica, su ausencia congénita o disyunción epidídimo-testicular, verificándose la presencia o no de los conductos deferentes. Se observa y palpa para descartar la existencia de varicocele y deberá complementarse la exploración de la región inguinal para descartar hernias, además de un tacto rectal para evaluar las características de la próstata.

Acciones para prevenir la infertilidad

Para prevenir la infertilidad femenina se deberá:
– Fomentar hábitos sexuales responsables.
– Detectar y tratar de manera precoz las infecciones de transmisión sexual.
– Realizar un tratamiento adecuado y enérgico de la enfermedad pélvica inflamatoria.
– Reforzar el acceso a la información y orientación sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los servicios de planificación familiar que reúnan estándares de calidad para adolescentes.
– Evitar utilizar el aborto como método de planificación familiar informando sobre sus riesgos y también sobre los beneficios de la protección social a la maternidad.
– Mantener hábitos dietéticos saludables y evitar el sedentarismo, de esta forma se mantiene un índice de masa corporal adecuado.
– Controlar adecuadamente las enfermedades crónicas no transmisibles.

Para prevenir la infertilidad masculina se debe:
– Fomentar hábitos sexuales responsables.
– Detectar y tratar de manera precoz las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales.
– Realizar cirugía del varicocele en el adolescente con testículos asimétricos e hipotróficos. Remitir al urólogo o andrólogo, nunca al cirujano pediátrico.
– Realizar orquidopexia antes del primer año de vida. Remitir al urólogo o andrólogo, nunca al cirujano pediátrico.
– Evitar el tabaquismo, las drogas gonadotóxicas, el alcohol, etc.
– Identificar y reducir los factores ambientales y ocupacionales causantes de infertilidad.
– Recomendar y coordinar, en caso de aceptación del sujeto y cuando existan los recursos para este fin, la congelación de semen antes de tratamientos oncológicos para garantizar espermatozoides que no hayan sufrido daño.
– Controlar adecuadamente las enfermedades crónicas no transmisibles

Con el objetivo de prevenir la infertilidad se proponen desarrollar, desde la atención primaria de salud, otro grupo de acciones. Respetando el derecho de los individuos a escoger el momento en que desean tener hijos, se debe aconsejar a las parejas no perder el momento ideal desde el punto de vista biológico, estimulando el tener embarazos entre los 20 y los 30 años, periodo reproductivo considerado óptimo desde el punto de vista biológico y psicosocial.

Aunque después de los 30 años suelen ser más frecuentes los riesgos para la reproducción, los profesionales sanitarios no deben desestimular los embarazos entre los 30 y los 39 años, y sí trazar un plan para la eliminación o para minimizar los riesgos que puedan existir. Hay que tener en cuenta que son las mujeres de este grupo etario las que refieren mayor intención de fecundidad, según los resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad. Los planes futuros de los jóvenes cubanos están marcados por la posposición del propósito de tener hijos después de los 29 años.

Los equipos básicos de salud deberán buscar activamente los riesgos reproductivos mediante su evaluación anual de las mujeres en edad fértil y sus parejas, independientemente de la edad. Para atenuar o eliminar con celeridad los riesgos, además de tratarse de forma adecuada la condición médica, se debe informar a las parejas la disponibilidad de métodos anticonceptivos y dejar elegirlos, proponiéndoles los seguros, eficaces y de larga duración, y aconsejando su uso hasta tanto se logre ese objetivo. Con ello se contribuye a alcanzar una maternidad segura y a reducir la incidencia de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio.

La elevada fecundidad adolescente constituye un verdadero desafío de la salud sexual y reproductiva a nivel internacional, y en Cuba no ha dejado de ser un problema debido a su impacto negativo en el proyecto social de los adolescentes, en la frecuencia superior de complicaciones en el orden biológico para las madres y su descendencia y en el riesgo de infertilidad futura. Por tal razón, compulsar desde el sector de la salud la realización de acciones multisectoriales variadas en la comunidad, en las instituciones escolares y con los propios adolescentes promotores, contribuye a prevenir la infertilidad.

El 73,7 % de las mujeres cubanas en edades entre los 15 y los 49 años, que estaban casadas o en unión consensual en el año 2014, usaban algún método anticonceptivo, pero el 8 % tenían necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. Este porcentaje es tres veces mayor en adolescentes y más alto según las características socioculturales, como por ejemplo en la región oriental del país.

Los médicos y enfermeras en la atención primaria pueden incrementar la variedad, la calidad y el tiempo dedicado a ofrecer mensajes dirigidos intencionalmente a lograr mayor información de las parejas sobre la disponibilidad y acceso a los servicios de planificación familiar y las ventajas de la anticoncepción de alta eficacia y larga duración (implantes, dispositivos intrauterinos y hormonales de progestágenos inyectables) y, donde sea posible, ejecutar un trabajo directo de promoción de la salud en los medios de comunicación locales para lograr mayor responsabilidad en la sexualidad, con lo que se contribuye también a la reducción del aborto, de la incidencia de infecciones de transmisión sexual y, de esta forma, también a prevenir la infertilidad secundaria.

Brindar información y orientación a las mujeres sobre el acceso a los servicios de planificación familiar y principalmente a las jóvenes y adolescentes es considerada una valiosa estrategia para reducir las necesidades insatisfechas de planificación familiar. Los médicos y enfermeras de la familia, pediatras y ginecobstetras pueden promover la anticoncepción de emergencia como método efectivo de prevención del embarazo precoz y reducir la utilización del aborto como método de planificación familiar. Es muy efectivo que los médicos de familia ofrezcan información para lograr cambios en los hábitos y estilos de vida y mayor autorresponsabilidad ante la sexualidad. El empleo del condón como método de barrera es el único método válido de prevención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH-sida, condiciones asociadas con mucha frecuencia a la infertilidad masculina y femenina.

Durante el proceso anual de dispensarización se buscará activamente a las parejas infértiles. Aquellas identificadas o las que lleguen de forma espontánea al consultorio deberán ser evaluadas en el equipo de salud, deduciendo sus riesgos reproductivos y la situación psicosocial, para con inmediatez referirlas al policlínico para ser evaluadas en la consulta municipal de infertilidad, primer eslabón de la red de servicios de atención a la pareja infértil en Cuba.

Tratamiento de la infertilidad en el área de salud

En la primera consulta se debe ofrecer información sobre las posibilidades diagnósticas y terapéuticas. En la segunda consulta se puede evaluar el resultado de los exámenes complementarios iníciales y se informará a la pareja la posible estrategia terapéutica a seguir en este primer nivel de atención, si la pareja está de acuerdo y previo consentimiento informado. En lo adelante el número y periodicidad de las consultas y el seguimiento dependerá de las características de cada pareja.

En las consultas municipales de infertilidad de cada municipio, existe un equipo integrado por un especialista de ginecobstetricia, un especialista del grupo de salud

mental (psiquiatra o psicólogo), un técnico de laboratorio clínico (entrenado en espermografía) y el personal de enfermería. Este nivel está diseñado para diagnosticar y tratar las causas siguientes:

– Alteraciones de la práctica sexual. Dar a la pareja una explicación detallada de la fisiología del ciclo menstrual, haciendo énfasis en los días fértiles del mismo y las prácticas sexuales que favorecen el embarazo.
– Infertilidad por exposición a agentes físicos o químicos. Se le explica a la pareja la necesidad de evitar la exposición a estos agentes, recomendando los hábitos y estilos de vida que permitan atenuar o eliminar el daño causado por estos factores.
– Ciclos anovulatorios.

Bibliografía

Álvarez Fumero R. (2015). *La conducción del programa materno infantil desde el policlínico.* Ministerio de Salud Pública, Reunión Metodológica de Directores Municipales de Salud, pp: 36-41.

Arteaga García, A., Toledo Fernández, A.M., Villalón Aldana, C. (2008). La infertilidad en el área de salud del municipio Cerro. *Rev. Cub.Med. Gen. Integr.*, pp:1-13. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Center for Control of Deseases (2016). *Plan de acción nacional de salud pública para la detección, la prevención y el tratamiento de la infertilidad.* U.S. Department of Health and Human Services; pp 1-39.

Correa Rancel, M. (2016). *Guía para el estudio de la pareja con disfunción reproductiva.* Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia., pp: 1-14.

Creus Ferré, M. (2002). Orientación de la paciente con problemas de reproducción en atención primaria. *Rev. Cub.Med. Gen.Integr.,* pp:362-365.

González, I., Millar, E. (2001). Infertilidad y sexualidad. *Rev. Cub.Med. Gen.Integr.;* pp: 291-5.

González Sánchez, R. (2014). Evaluación de la pareja infértil. En: Rigol, O. *Obstetricia y Ginecología.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. pp. 230-35. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-ginecologia-3ra-ed/

Ministerio de Salud Pública (CUB)(2015). *Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014.* La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.pp: 1-87.

_____ (2019). Parte estadístico del Programa de atención a la pareja infértil. Dirección Nacional de Estadistas y Registros Médicos: Minsap.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información (2019). *Anuario Estadístico de Cuba.* Edición 2019.Capítulo 3. La Habana: ONEI.pp: 87-107.

Paparella, C., Pavesi, A., Provenzal, O., Ombrella, A., Bouvet, B. (2017). Infertilidad masculina. Exposición laboral a factores ambientales y su efecto sobre la calidad seminal. *Rev. Urug. Med. Int.,* pp 112-116.

Quintana Llanio, L. (2017). Cuba: fecundidad y toma de decisiones en torno a la reproducción. Miradas en contexto. *Novedades en Población/CEDEM.* pp: 110-19.

Rodríguez, N. (2014). Endometriosis. En: Rigol, O. *Obstetricia y Ginecología.* Editorial Ciencias Médicas, pp. 161-176. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-ginecologia-3ra-ed/

The American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). Treatment Infertility. *Patient Education,* pp: 1-7.

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 75
Riesgo reproductivo

Yudy Cambero Martínez, Martha Patricia Couret Cabrera y Roberto Alvarez Sintes

La salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear de igual forma, así como la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio llamaron la atención sobre la necesidad de mejorar la salud sexual y reproductiva y la supervivencia materna e infantil, lo que se tradujo en la movilización de recursos, la voluntad política de los países y la obtención de compromisos a nivel mundial hasta un grado sin precedentes. Se puso de manifiesto que el establecimiento de objetivos, metas y estrategias comunes a nivel mundial puede estimular la realización de los esfuerzos concertados necesarios para lograr progresos medibles. Estos progresos han logrado que se vislumbre la "gran convergencia" de los resultados de salud, lo que hace posible imaginar un mundo en el que los países de ingresos bajos, medianos y altos tengan tasas comparables de mortalidad materna.

En teoría, a medida que el desarrollo progresa, con la consiguiente disminución de las tasas de fertilidad y de mortalidad materna en general, las causas de muerte dejan de ser predominantemente causas directas y enfermedades transmisibles y pasan a ser en mayor proporción causas indirectas y enfermedades crónicas.

Un mejor conocimiento de las causas de muerte en cada contexto mediante un sistema de vigilancia y respuesta ante las muertes maternas, la realización de investigaciones confidenciales y otros métodos para contabilizar todas las muertes, proporcionará más información para planificar intervenciones específicas.

Teniendo en consideración esta realidad, las metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible deben constituir un marco suficientemente específico para ofrecer orientaciones reales sobre planificación estratégica a los formuladores de políticas y planificadores de programas y, al mismo tiempo, ser lo suficientemente flexible para poder interpretarse y adaptarse de modo significativo para que tenga máxima eficacia en los diversos contextos nacionales en que haya de aplicarse. A tal fin, la elaboración de las metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible ha ido precedida de un intenso proceso consultivo.

Riesgo preconcepcional

El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil (no gestante), su pareja, así como su producto potencial, de sufrir daño durante el proceso de la reproducción.

La etapa de edad fértil se considera entre los 15 y los 49 años de edad. Está condicionada por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio durante el embarazo, parto o puerperio.

Por eso, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso. La misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que se debe hacer un enfoque y análisis individualizado; no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí se deben tener en cuenta los criterios principales que ayuden a su identificación.

Factores de riesgo

Edad (menos de 18 y más de 35 años). En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine

antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y se produzcan complicaciones como inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc.

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, el hábito de fumar y las enfermedades crónicas.

Peso. Las mujeres malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar relacionadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también con prematuridad y bajo peso.

Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas. Constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran el alcoholismo, la promiscuidad, no tener pareja estable, ser madre soltera, el hacinamiento, los intentos suicidas, la insolvencia económica, el maltrato, entre otras.

Antecedentes obstétricos y reproductivos. Se deben tener en cuenta:

– Paridad. La primera gestación es la más riesgosa (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de tres partos.
– Intervalo intergenésico. Se considera corto cuando es menor de 1 año, no así para la cesárea anterior, que se considera corto hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.
– Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales. Están relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.
– Recién nacidos de bajo peso y pretérminos. Pueden repetirse en próximas gestaciones debido a alguna causa previa que lo favorezca (enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.).
– Toxemia anterior. Puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como a otros factores.
– Cesárea anterior. Como toda intervención sobre el útero deben considerarse hasta 2 años, ya que es un factor que no se puede modificar.
– Rh negativo sensibilizado. Es un importante riesgo, aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

Antecedentes patológicos personales. Principales enfermedades crónicas. Entre las que se encuentran hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Existen otras condiciones que pueden no haberse relacionado antes, por ser menos frecuentes.

Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa.

Una vez detectado el problema y su magnitud hay que actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva.

En Cuba, en el nivel de atención primaria de salud, existe un Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional, que se desarrolla en todos los consultorios médicos de la familia y se centraliza al nivel del policlínico. Tiene como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, para lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles.

Este programa establece una negociación con la pareja o la mujer sobre su futuro reproductivo, con pleno conocimiento de su riesgo, para que espere un tiempo (acordado entre ambas partes) para el estudio y mejoramiento de las condiciones. Durante este periodo debe usarse algún método anticonceptivo. Esta conducta debe guiarse con una orientación adecuada y no imponerse, ya que se rompería la relación de respeto médico-paciente.

Se considera a una paciente controlada cuando existe registro del pensamiento médico en la historia clínica, con la correspondiente estrategia a seguir. No se incluye dentro de este programa a:

– Paciente que no desea embarazo o que el médico infiera que no desea embarazo y que está usando un método anticonceptivo.
– Cuando exista la certeza de que no hay actividad sexual.
– Cuando hay anticoncepción permanente.
– Cuando haya desaparecido la condición de riesgo.

Si se alcanza un conocimiento y control adecuados del riesgo preconcepcional, se puede disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal.

Riesgo obstétrico

El embarazo se ha considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según investi-

gadores, debe considerarse como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o el daño permanente, tanto de la madre como del recién nacido. Las gestantes de riesgo constituyen del 20 al 30 % del total de las embarazadas y el 70 al 80 % de la mortalidad perinatal.

Un factor de riesgo se define como aquel que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, puede prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo, a las que se les dará una evaluación clínica y se les planificará la adecuada atención con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal.

Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, sobre todo cuando en una gestante concurren varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

El concepto de embarazo de alto riesgo atañe tanto a la madre como al feto. Se define así al embarazo que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo. El enfoque de riesgo se basa en la medición de las probabilidades; comprende el supuesto de que según se avance en el conocimiento de los factores de riesgo, este conocimiento permitirá realizar acciones preventivas eficaces y los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. El grado de asociación se determina mediante el llamado "riesgo relativo", que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no lo presentan. Representa el riesgo individual.

El conocimiento del valor del riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, el que tiene en cuenta no solo el riesgo relativo de un factor, sino, además, su frecuencia. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad, y su conocimiento es muy importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia, cuando deben reducir su prevalencia en la población.

Relación factor de riesgo-daño

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de tres tipos:

– Relación causal. El factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Por ejemplo, la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia, la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
– Relación favorecedora. Existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es su causa directa). Por ejemplo, la gran multiparidad favorece la localización transversa y el prolapso del cordón umbilical.
– Relación predictiva o asociativa. Se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de ella. Por ejemplo, la mujer que ya ha perdido un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder el próximo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros no necesariamente los causan. La mayoría de los factores de riesgo tienen una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño) debe aparecer un resultado intermedio, sin el cual no llegaría a ocurrir el daño. La detección y la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta prenatal de las pacientes con factores de riesgo.

En el concepto *embarazo de riesgo* se agrupan diferentes tipos de embarazos, y la incidencia varía, según los criterios obstétricos, entre el 15 y el 60 %. La comparación de la evolución entre los grupos de embarazadas de riesgo y las normales destaca un hecho esencial: también pueden producirse accidentes perinatales en el grupo de embarazadas caracterizadas a priori como normales, es decir, que no existe un embarazo sin riesgo potencial.

La valoración del riesgo brinda muchos beneficios, ya que, además de ayudar a la identificación del embarazo de alto riesgo, constituye un excelente instrumento educativo. Esta valoración proporciona los datos precisos y necesarios para descubrir los problemas potenciales y dirigir con plena eficacia las acciones médicas y establecer aquellas encaminadas a resolver o prevenir dichos problemas.

Elementos de la atención prenatal

El control de la gestación, incluido dentro de la medicina preventiva, es primordial para reducir los accidentes perinatales al permitir identificar los principales riesgos evitables. Este control necesita una metódica y reiterada recopilación de información clínica, para lo cual es indispensable una búsqueda activa de signos de alerta basada en los principales riesgos, lo que proporcionaría a la consulta una plena eficacia.

El control debe ser estricto para todas las gestantes, dada la posibilidad del riesgo potencial de un accidente perinatal. Con mucha frecuencia será el control prenatal el método que detectará los primeros signos de una alteración en el desarrollo de un embarazo que aparentemente parecía transcurrir con normalidad.

El riesgo es variable en relación con su repercusión sobre el embarazo; sin embargo, existen categorías mayores de riesgo anteparto como la de enfermedades preexistentes, historia obstétrica previa desfavorable, enfermedades condicionadas por la gestación y evidencias de malnutrición materna. Estas categorías deben ser identificadas tempranamente para darles la consideración apropiada en la atención del embarazo.

Las mujeres han modificado su comportamiento en lo referente al cuidado de su salud, y en la actualidad esperan su participación activa. El enfoque de riesgo, con la ventaja de este cambio de actitud, consiste en obtener información, mediante un interrogatorio cuidadoso, sobre todo lo referente a la identificación, historia y datos relacionados con los problemas de la gestante, lo cual se complementa con los datos del examen físico y los exámenes del laboratorio.

La información recogida en la atención prenatal debe ser discutida con la gestante y sus familiares y debe abarcar los factores de riesgo identificados sobre el embarazo. La importancia y la repercusión de estos factores de riesgo identificados estará dada por:

– Los efectos potenciales que el embarazo puede tener sobre dichos factores de riesgo.
– La incapacidad funcional materna condicionada por esos factores y la duración de esta.
– Las investigaciones necesarias que deben realizarse para controlar el bienestar materno-fetal.
– Los posibles pronósticos de resultados favorables maternos y fetales.

La supervisión del feto en la gestante de alto riesgo obstétrico implica las acciones siguientes:

– Determinar la edad gestacional.
– Descubrir malformaciones congénitas.
– Detectar anomalías del crecimiento fetal.
– Determinar la presencia y gravedad de la asfixia fetal aguda y crónica.

Identificación y clasificación del riesgo obstétrico

Varios sistemas para la investigación de la gestante de alto riesgo obstétrico han sido propuestos por diferentes autores, cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones que se conocen y se asocian a resultados perinatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo a las complicaciones médicas que afectan a la madre y el antecedente de una mala historia obstétrica. Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo en dependencia de su gravedad, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial. Otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica y obstétrica de las gestantes.

Los que defienden los sistemas de puntuación alegan que estos ayudan al médico, encargado de la atención, no solo a seleccionar las gestantes de riesgo, sino que también permiten elaborar un pronóstico del embarazo, lo que no se obtiene siempre debido a la baja sensibilidad de muchos de los indicadores de riesgo y a causa de que los resultados del embarazo están influidos por las interacciones médicas efectuadas después que se identifica la situación de alto riesgo, lo que limita su empleo para predecir resultados.

El sistema escogido para la selección de las gestantes de alto riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo para poder iniciar la atención adecuada de cada caso en particular. Debe permitir también una evaluación continua durante todo el embarazo que tome en consideración la relación mutua que tienen algunos factores entre un periodo y otro del embarazo, de manera que, no solo identifique el grupo de riesgo al inicio de la gestación, sino que pueda determinar la presencia de cualquier complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo.

La valoración estandarizada del riesgo incrementa considerablemente la calidad de la atención prenatal al poner a disposición del clínico un vasto caudal de información que garantiza un cuidado prenatal óptimo.

La clasificación del riesgo obstétrico se realiza según el *Manual de diagnóstico y tratamiento* (La Habana, 1997). Este se clasifica en:

– Bajo riesgo:
  • Déficit nutricional grados III y IV.
  • Muerte perinatal.
  • Incompetencia cervical o uterina.
  • Parto pretérmino y de bajo peso o uno de ellos.
  • Parto previo con isoinmunización.
  • Preeclampsia-eclampsia.
  • Desprendimiento prematuro de la placenta.
  • Cesárea anterior u otra operación uterina.
– Alto riesgo:
  • Tumor de ovario.
  • Hipertensión arterial.
  • Enfermedad renal.
  • Diabetes *mellitus*.
  • Cardiopatía.
  • Procesos malignos.
  • Anemia por hematíes falciformes (*sicklemia*).
  • Enfermedad pulmonar.
  • Enfermedad del tiroides.
  • Enfermedad hepática.
  • Epilepsia.

Hay otro grupo de condiciones que deben vigilarse en el consultorio:

– Edad: menor de 18 años o mayor de 35 años.
– Paridad: más de 6 hijos.
– Intervalo intergenésico de menos de 1 año.
– Déficit sociocultural.
– Déficit nutricional grado II.
– Hábitos tóxicos.
– Aborto habitual.
– Recién nacido anterior con más de 4200 g de peso.
– Citología vaginal anormal.
– Malformación anterior o trastornos genéticos.
– Retraso mental.
– Estatura menor de 150 cm.
– Presión arterial de 120/80 mm Hg en la primera visita.
– Retinopatía (corresponde generalmente a diabetes o hipertensión).
– Trastornos circulatorios periféricos.
– Infecciones cervicovaginales.

Durante el embarazo cada visita prenatal es una oportunidad para descubrir una anomalía que pueda originar dificultad para la madre, el producto o ambos y que constituya un factor de riesgo:

– Bajo riesgo:
  • Infecciones virales.
  • Ganancia de peso inadecuada.
  • Tabaquismo y alcoholismo (debe vigilarse).
  • Útero grande en relación con la edad gestacional.
  • Anemia grave (hemoglobina inferior a 10 g/L).
– Alto riesgo:
  • Estados hipertensivos inducidos por el embarazo.
  • Pielonefritis.
  • Isoinmunización.
  • Diabetes gestacional.
  • Sangramiento uterino (gestorragias).
  • Polihidramnios u oligohidramnios.
  • Enfermedad tromboembólica.
  • Embarazo múltiple.
  • Rotura prematura de las membranas.
  • Infección ovular o genital.
  • Útero pequeño para la edad gestacional.
  • Postérmino (ingresada).
  • Problemas quirúrgicos agudos.

Riesgo perinatal

Un conjunto de condiciones clínicas suele asociarse al alto riesgo perinatal. Entre ellas se pueden mencionar las maternas, las fetales, las que aparecen durante el trabajo de parto y el parto, así como las neonatales inmediatas.

Condiciones maternas. Las condiciones de riesgo perinatal maternas tienen riesgo fetal y neonatal asociado a:

– Edad >40 años: cromosomopatías, crecimiento intrauterino retardado (CIUR).
– Edad <16 años: prematuridad, eclampsia, abuso infantil.
– Bajo nivel socioeconómico: prematuridad, infección, crecimiento intrauterino retardado.
– Infertilidad: bajo peso, anomalías congénitas, aumento de la mortalidad perinatal.
– Hábito de fumar: crecimiento retardado, aumento de la mortalidad perinatal.
– Diabetes *mellitus*: muerte fetal, anomalías congénitas, trastornos metabólicos y respiratorios, infecciones e hiperbilirrubinemia.
– Trastornos tiroideos: hipo- e hipertiroidismo.
– Malnutrición: crecimiento intrauterino retardado de ligero a grave.
– Infección urinaria: prematuridad, sepsis.
– Afecciones pulmonares o cardiocirculatorias: crecimiento intrauterino retardado, muerte fetal y prematuridad.
– Hipertensión arterial: crecimiento intrauterino retardado, muerte fetal, asfixia y prematuridad.

– Anemia: crecimiento intrauterino retardado, muerte fetal, asfixia e *hydrops fetalis*.
– Isoinmunización Rh: muerte fetal, anemia e ictericia.
– Isoinmunización plaquetaria: sangramiento y muerte fetal.
– Trombocitopenia: muerte fetal y sangramiento.
– Polihidramnios: anomalías congénitas (anencefalia, atresias digestivas, afecciones renales y otras).
– Oligohidramnios: crecimiento intrauterino retardado, muerte fetal, deformaciones, agenesia renal e hipoplasia pulmonar.
– Gestorragias del primer trimestre: muerte fetal y prematuridad.
– Gestorragias del tercer trimestre: muerte fetal y anemia.
– Rotura prematura de membranas: infecciones, fiebre.
– Alcoholismo o drogadicción: crecimiento intrauterino retardado, síndrome alcohol-fetal y síndrome de deprivación de drogas.

Algunas condiciones están vinculadas con alteraciones específicas de la gestación como el exceso o la disminución de la cantidad de líquido amniótico, así como las gestorragías tempranas (del primer trimestre) y las tardías (del tercer trimestre), la rotura prematura de membranas, la infección y la fiebre. El alcoholismo y la drogadicción comportan también un riesgo significativo.

Condiciones fetales. Entre las condiciones fetales más vinculadas con riesgo perinatal están:
– Embarazo múltiple: prematuridad, transfusión gemelo-gemelar, traumatismo y asfixia.
– Pobre crecimiento fetal: muerte fetal, asfixia, anomalías congénitas e hipoglucemia.
– Macrosomía fetal: anomalías congénitas, traumatismos e hipoglucemia.
– Mala posición fetal: traumatismos, hemorragias y deformaciones.
– Alteraciones del foco fetal: asfixia, bloqueo cardiaco, insuficiencia cardiaca e *hydrops fetalis*.
– Acidosis: asfixia y síndrome de dificultad respiratoria.
– Disminución de los movimientos fetales: muerte fetal y asfixia.

Condiciones del trabajo de parto y del parto. Estas condiciones constituyen un grupo muy importante de riesgo perinatal, ya que son responsables, casi siempre, de afecciones graves que comprometen la vida del neonato y pueden dejar secuelas a largo plazo porque están vinculadas a la asfixia. Entre las más asociadas con riesgo perinatal están:
– Trabajo de parto pretérmino: asfixia, infección y enfermedad de la membrana hialina.
– Trabajo de parto muy rápido: traumatismos, asfixia y hemorragia intracraneal.
– Trabajo de parto prolongado: muerte fetal, asfixia y traumatismos.
– Presentación anómala: asfixia y traumatismos.
– Prolapso del cordón umbilical: asfixia.
– Hipotensión materna o choque. muerte fetal y asfixia.
– Polisistolia: asfixia.
– Fiebre: infección.
– Parto por césarea. depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria transitorio y enfermedad de la membrana hialina.
– Analgesia y anestesia: depresión al nacer, hipotensión arterial e hipotermia.
– Anomalías placentarias: crecimiento intrauterino retardado, asfixia, sangramiento e *hydrops fetalis*.

Condiciones neonatales inmediatas. La prematuridad es el problema más importante de la perinatología contemporánea, está asociada a un conjunto de afecciones que provocan alta mortalidad y posibilidad de secuelas. Entre las condiciones neonatales inmediatas desfavorables se encuentran:
– Prematuridad: enfermedad de la membrana hialina, hemorragia intraventricular, persistencia del conducto arterioso, trastornos metabólicos e infección.
– Apgar bajo sostenido: elevada mortalidad, fallo multiorgánico y encefalopatía hipóxicoisquémica.
– Sangramiento: anemia y choque.
– Crecimiento intrauterino retardado: asfixia, trastornos metabólicos, anomalías congénitas e infecciones.
– Posmadurez: asfixia, mayor mortalidad, aspiración meconial, trastornos metabólicos, policitemia, hipertensión pulmonar persistente y anomalías congénitas.

El término prematuro se ha utilizado hace mucho tiempo en la medicina y solo ha servido para causar confusión. Se debe hablar de recién nacido pretérmino, que es el que nace antes de las 37 semanas de gestación, y de recién nacido de bajo peso cuando se trata de los que hayan nacido, a término o no, con peso inferior a 2500 g. El índice de bajo peso expresa en porcentaje el número de neonatos de bajo peso. Los países desarrollados poseen índices de bajo peso inferiores al 6 %, y de dicho total, las dos terceras partes aproximadamente son pretérminos.

Así, aunque dos neonatos pesen menos de 2500 g, si uno de ellos es pretérmino y el otro no, se diferenciarán en las posibles complicaciones del periodo neonatal y en la evolución posterior, ya que su crecimiento y desarrollo

serán diferentes. No podrán valorarse con iguales criterios para su crecimiento físico y desarrollo porque ello podría acarrear errores diagnósticos y de tratamiento.

Para conocer la verdadera edad gestacional de un recién nacido existen métodos clínicos y paraclínicos. Los 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.

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.

El pronóstico del recién nacido pretérmino depende más de las complicaciones del periodo neonatal que de su edad gestacional y peso al nacer.

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 décimo 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 restricción del crecimiento intrauterino puede ser a término o no.

Se consideran simétricos o proporcionados los que presentan afectación en el peso, la talla y la circunferencia cefálica. Los que tienen afectados una o dos de estas variables se denominan asimétricos o desproporcionados. Los posibles trastornos clínicos dependen de la gravedad de la malnutrición y sus causas. En general, en el retardo del crecimiento intrauterino existe un aumento de la morbilidad y la mortalidad neonatal.

Las principales afecciones del recién nacido hipotrófico son:
– Asfixia perinatal.
– Síndrome de aspiración meconial asociado o no a hipertensión pulmonar persistente neonatal.
– Hipotermia.
– Trastornos metabólicos: hipoglucemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia.
– Policitemia-hiperviscosidad.
– Malformaciones congénitas.
– Infecciones prenatales (grupo TORCH) y perinatales.

El pronóstico es mejor en los asimétricos, los que solo tienen poco peso para su edad gestacional, pero cuya talla y circunferencia cefálica son apropiadas. Cuando se trata de un pretérmino con crecimiento intrauterino retardado, el riesgo de morbilidad y mortalidad es doble, porque también hay en ellos una alta incidencia de malformaciones congénitas.

Tanto los recién nacidos pretérminos como los hipotrófico a término tienen las siguientes causas básicas de muerte en los primeros días de vida:
– Infecciones connatales y adquiridas.
– Asfixia perinatal.
– Insuficiencia respiratoria (enfermedad de la membrana hialina o síndrome de aspiración meconial).
– Hemorragia intraventricular y hemorragia pulmonar.
– Malformaciones congénitas letales.

El desarrollo de la perinatología contemporánea ha permitido una mayor sobrevida 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 resulta fundamental para lograr una menor mortalidad neonatal y una menor morbilidad a corto y a largo plazos.

Acciones para mejorar la salud materno-infantil en la etapa preconcepcional

Según la OMS una única estrategia de salud materna no es adecuada para todos los países, ni para un mismo país a lo largo del tiempo, ni para todas las subpoblaciones. Los principios rectores, las intervenciones transversales y los objetivos estratégicos para la planificación de políticas y programas tienen como objetivo superior poner fin a la mortalidad materna prevenible.

Principios rectores para poner fin a la mortalidad materna prevenible:
– Empoderar a las mujeres, las niñas y las comunidades.
– Proteger y apoyar el binomio madre-niño.
– Garantizar la implicación y el liderazgo de los países y el establecimiento de marcos jurídicos, normativos y financieros propicios.
– Establecer un marco de derechos humanos para garantizar la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad

de una atención de la salud reproductiva, materna y neonatal de gran calidad para todas las personas que la necesiten.

Intervenciones transversales para poner fin a la mortalidad materna prevenible:

- Mejorar los métodos y sistemas de medición y la calidad de los datos para que se contabilicen todas las muertes de madres y recién nacidos.
- Asignar suficientes recursos a la asistencia sanitaria para que sea eficaz.

Objetivos estratégicos para poner fin a la mortalidad materna prevenible:

Abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en su calidad: Entre las poblaciones vulnerables se cuentan los pobres de zonas rurales y urbanas, los adolescentes, las personas marginadas, las personas socialmente excluidas, las personas homosexuales, bisexuales y transexuales, las que viven con el VIH, las discapacitadas y las que se encuentran en zonas que sufren o han sufrido conflictos, así como muchos otros grupos que experimentan disparidades sistemáticas. Los gobiernos deben planificar, aplicar y evaluar políticas, programas y estrategias contextualizados que tengan en cuenta las inequidades y garanticen que los representantes de los grupos desfavorecidos tengan voz en estos procesos.

Garantizar una cobertura sanitaria universal para una atención integral de la salud reproductiva, materna y neonatal: Se deberá llegar a todas las personas con servicios de atención de salud esenciales y protegerlas de las dificultades económicas derivadas del costo de los servicios de atención de la salud. Debe hacerse hincapié, en particular, en garantizar el acceso sin discriminación, especialmente en el caso de los segmentos de la población pobres, vulnerables y marginados. La planificación estratégica debe incluir la movilización de recursos y la prestación de servicios efectivos para garantizar que con el conjunto de los servicios esenciales se llega a las personas más desfavorecidas de la población, con conocimiento de la demografía de la población y la planificación adecuada de los recursos humanos.

Es especialmente importante contar con disposiciones específicas para proteger contra una catástrofe económica a las familias que acceden a la atención obstétrica de urgencia y a la atención neonatal de urgencia. La transparencia y los mecanismos de participación para incluir a la sociedad civil en el proceso de adopción de decisiones y en el seguimiento y evaluación de los programas de cobertura sanitaria universal son necesarios para fomentar la implicación y promover la rendición de cuentas.

Atajar todas las causas de mortalidad materna, morbilidad reproductiva y materna y discapacidad conexa, prioridades en materia de planificación: Será necesario que en los países se reconozca con mayor firmeza las causas indirectas de muerte materna y fortalecer su manejo, coordinar con otros sectores pertinentes y los proveedores de servicios de salud la prestación de atención a enfermedades no transmisibles. La calidad y la idoneidad de la atención de salud siguen siendo cuestiones importantes, si bien es necesario centrarse en evitar la medicalización excesiva y cualquier perjuicio derivado de un uso excesivo de las intervenciones.

Fortalecer los sistemas de salud para responder a las necesidades y las prioridades de las mujeres y las niñas, prioridades en materia de planificación: Para que los sistemas de salud puedan responder a las prioridades y necesidades de las mujeres y las niñas, han de ser vistos como instituciones sociales, además de sistemas encargados de prestar atención clínica con capacidad para marginar a un individuo o hacer que pueda ejercer sus derechos. Para que un sistema sanitario sea eficaz también es importante cuidar los servicios comunitarios de atención primaria de salud y la eficacia de los sistemas de derivación de pacientes, que han de garantizar una coordinación ininterrumpida que se extienda a lo largo del tiempo entre distintos contextos, disciplinas y establecimientos. Una gestión transparente y responsable requiere la participación informada y constructiva de todas las partes interesadas en la elaboración de políticas y programas.

Asegurar la rendición de cuentas para mejorar la calidad de la atención y la equidad, prioridades en materia de planificación: La planificación de la rendición de cuentas en la estrategia de salud materna para después de 2015 hace hincapié en dos dimensiones igualmente importantes: mejorar la capacidad de seguir y medir los progresos para poner fin a la mortalidad materna prevenible e informar sistemáticamente al respecto, y la rendición de cuentas social, la que conlleva la inclusión de agentes de la sociedad civil en todos los aspectos de la monitorización y evaluación de la prestación de atención sanitaria materna y neonatal, de modo que los sistemas de salud rindan cuentas directamente a las mujeres y a las comunidades que justifican su existencia.

Para lograr una rendición de cuentas social efectiva es necesario crear mecanismos de participación en todos los niveles del sistema de salud.

Es responsabilidad de todos garantizar que la supervivencia y la salud materna y neonatal tengan un lugar destacado en la agenda para el desarrollo sostenible, teniendo en cuenta el papel fundamental de las mujeres y de sus hijos en el desarrollo de las generaciones y las comunidades futuras, y establecer un marco de derechos humanos para garantizar la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad de una atención de la salud reproductiva, materna y neonatal de gran calidad para todas las personas que la necesiten.

El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha reconocido que las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad maternas no solo son inaceptables, sino que constituyen una violación de los derechos humanos.

Las prioridades principales de un programa de salud para un futuro sostenible deben incluir la educación y el empoderamiento de la mujer, la igualdad de género, la reducción de la pobreza, la cobertura y el acceso universales y la equidad, dentro del contexto general de un enfoque basado en los derechos con respecto a la salud y la atención sanitaria. Esta nueva orientación hacia una salud óptima para todas las personas exige un cambio de paradigma fundamental.

El enfoque debe abordar no solamente las causas de la mortalidad materna, sino también los determinantes sociales y económicos de la salud y la supervivencia. Exige un giro en el sistema, desde una atención a la madre y al recién nacido centrada en la detección y el tratamiento de las patologías para una minoría hacia una atención competente y centrada en el bienestar para todas las personas. Ello incluye una atención preventiva y de apoyo para fortalecer las propias capacidades de las mujeres en el contexto de unas relaciones respetuosas, una atención que responda a sus necesidades, centrada en la promoción de los procesos reproductivos normales y en la que la gestión de primera línea de las complicaciones y el tratamiento accesible de urgencia se ofrecen cuando se necesitan. Este enfoque requiere la colaboración efectiva e interdisciplinaria de un equipo y la integración en diferentes servicios y entornos comunitarios.

El enfoque de derechos humanos, principio rector fundamental de este marco estratégico, va más allá de la mera organización y prestación de servicios clínicos para incluir una atención centrada en cuestiones de derechos humanos más amplias que contribuyen a los determinantes sociales de la salud, como la condición jurídica y social de la mujer y la igualdad de género, la reducción de la pobreza, la cobertura y el acceso universales, la no discriminación y la equidad.

Además de las intervenciones clínicas efectivas, es importante prestar atención a los aspectos no clínicos de unos servicios de maternidad respetuosos. Debe hacerse todo lo que esté en nuestras manos para que en el 2030 se pueda decir que el fin de la mortalidad materna prevenible tuvo lugar en nuestros tiempos, gracias al compromiso y acción colectivos.

De manera general para el control del riesgo reproductivo es importante:

– Conocer los factores de riesgo identificados en una comunidad, municipio, región o país para la mujer o su producto si se embarazara. Por ejemplo:
  - 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: cardiopatías, diabétes, anemia drepanocítica, anémias 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, 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 cómo protegerse en el periodo previo determinado.

El médico debe registrar en la historia clínica individual:

– Criterios médicos a 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. Debe llegarse 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. Desarrollar un plan de acción para modificar el factor de riesgo, determinar quiénes participan y realizar su valoración periódica. 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 debido al 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, que 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 en buscar la asesoría médica para el control de su riesgo y así poder tener los hijos deseados sanos, sin sufrir complicaciones. La educación debe verse como una actividad ligada a la calidad de vida del individuo.

Bibliografía

Jamison, D. T., et al. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*; 382:1898-955. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2017). Recursos sobre la educación para la salud y el bienestar. *UNESCO* [página web]. París. Recuperado de: https://en.unesco.org/themes/health-education/resources

Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible.* Declaración de consenso. Recuperado de: www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm

_____ (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/

_____ (2016). *Regional consultation on the development of the European action plan for sexual and reproductive health and rights (SRHR) 2017-2021*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/nassets/pdf_file/0008/300122/Regional-consultation-development-EAPSRHR-20172021-report.pdf

Sheikh, K., *et al.* (2011). Building the field of health policy and systems research: Framing the questions. *PLoS-Med,* 8(8):e1001073. Recuperado de: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001073

Smith, R., Ashford, L., Gribble, J., Clifton, D. (2009). *Family planning saves lives*. 4.ª ed. Washington (DC): Population Reference Bureau. Recuperado de: http://www.prb.org/pdf09/familyplanningsaveslives.pdf

Souza, J.P., *et al.*(2014). Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*; 121 (Suppl. 1):1-4.

World Health Organization (2015). *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach.* Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/en/

_____ (2017). *Infertility definitions and terminology. WHO Sexual and reproductive health* [website]. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/

_____ (2017). What is quality of care and why is it important? In: *WHO: maternal, newborn, child and adolescent health* [website]. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Comunidad

Capítulo 76. Participación comunitaria, social y popular
Capítulo 77. Análisis de la situación de salud
Capítulo 78. Diagnóstico comunitario de salud mental
Capítulo 79. Participación popular en el análisis de la situación de salud
Capítulo 80. Técnicas participativas en el análisis de la situación de salud
Capítulo 81. Trabajo comunitario integrado
Capítulo 82. Programa de promoción y educación para la salud

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 76
Participación comunitaria, social y popular

Rafael Borroto Chao, Roberto Alvarez Sintes, Ángela María Moreno Pérez-Baquero y Héctor Corratgé Delgado

Es una señal de la importancia concedida a la participación comunitaria, social y popular en Cuba, la existencia en la nueva Constitución de un capítulo dedicado a establecer los derechos de petición y participación popular local. Sin dudas es la intención de los legisladores, diputados y de la sociedad cubana, dinamizar los modos y estilos de participación, y solo resta que las nuevas leyes por dictar para hacer efectivas estas garantías, sean fieles al espíritu de la Constitución y que la letra se convierta en acción, aunque todos los ciudadanos tenemos una cuota de responsabilidad en que esto ocurra.

Participación comunitaria

El término comunidad se ha venido aplicando a un conjunto de personas, organizaciones sociales, servicios, instituciones y agrupaciones. Todos estos actores viven en una zona geográfica y comparten la misma organización, así como valores e intereses básicos en un momento determinado. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la participación comunitaria son las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance.

Hay 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: 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: 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 relacionado 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 algunas 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 que 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 de participar es precedida por la de 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 una autoesfera políticosocial adecuada.
– Presencia de recursos técnicos y materiales.
– Estrategia y voluntad política.
– Derecho a la información.
– Incremento de relaciones horizontales y reducción de las verticales.

Existen 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 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 *versus* 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 *versus* soluciones autogestadas y cogestadas.
– Falta de cultura del territorio *versus* elevación de la calidad del entorno.
– Población escasamente informada vs. transparencia.
– Verticalismo-sectorialismo *versus* integración horizontal.

Participación popular

El educador y experto teórico en temas de la educación Paulo Freyre hace un interesante juicio al afirmar que el hombre llega a ser sujeto porque hace 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.

Los consejos populares surgieron en Cuba en 1988 y son una forma de gobierno estructurada en el ámbito del barrio y de las pequeñas localidades. Allí se expresa la microrrealidad del país, toda la vida económica, social, política, lo mejor y lo peor de las relaciones sociales.

La nueva Constitución de la República de Cuba plantea, en su Artículo 198, que el Consejo Popular es un órgano local del Poder Popular de carácter representativo, investido de la más alta autoridad para el desempeño de sus funciones y, sin constituir una instancia intermedia a los fines de la división político-administrativa, se organiza en ciudades, pueblos, barrios, poblados y zonas rurales; lo integran los delegados elegidos en las circunscripciones de su demarcación, los cuales deben elegir de entre ellos a quien lo presida.

A las reuniones del Consejo Popular pueden invitarse, según los temas y asuntos a tratar, representantes de las organizaciones de masas y sociales y de las entidades más importantes en la demarcación, con el objetivo principal de fortalecer la coordinación y el esfuerzo colectivo en beneficio de la comunidad, siempre desde las funciones propias que a cada cual corresponden.

La Ley 132 de Organización y funcionamiento de las asambleas municipales del poder popular y de los consejos populares, aprobada por la Asamblea Nacional del Poder Popular, en el año 2019, expresa que en el proceso de actualización del modelo económico y social cubano, el fortalecimiento de la institucionalidad del país y de perfeccionamiento de los órganos del Poder Popular, se otorga significativa importancia a los mecanismos de participación popular, la promoción del desarrollo local y la autonomía del municipio, como vías para consolidar la democracia socialista.

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 a la comunidad".

El Capítulo VI de esta Ley de la Participación Popular, refiere que 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 a la comunidad.

En el Artículo 206 explica que el Consejo Popular 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 a 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; promover e impulsar el desarrollo del trabajo comunitario integrado, como método para sumar a los ciudadanos en el fomento de la formación de valores patrióticos y éticos; decidir la estrategia de trabajo para desarrollar, en un período determinado, las actividades que se propongan, y 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 de un acto de humildad por parte de los investigadores, respeto hacia la comunidad y reconocer que esta es la que está más cerca de la verdad. Los investigadores pueden confeccionar la relación de las posibles soluciones a los problemas, y en este sentido, la práctica va muchas veces más rápido que la experiencia investigativa.

El concepto de participación popular debe entenderse en su carácter de proceso democrático autogestionado. 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 político administrativa que le hace resistencia. Las soluciones tendrán muchos obstáculos. La preparación y capacitación es para todos.

Bibliografía

Alvarez Sintes, R. (2019). Formación de promotores comunitarios de salud en el contexto de Barrio Adentro, Venezuela. *MediCiego* [Internet]. 25(2):[aprox. 3 p.]. Recuperado de: http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1446

Alvarez Sintes, R. (2005). *Salud Familiar. Manual del Promotor.* 2da. ed. Maracay: Ed. MSDS/IAESP/Misión Sucre. Recuperado de: https://www.academia.edu/34531360/Salud_Familiar_manual_promotor

Arias, A. (2000). La instauración de los Consejos Populares en Cuba. Su relación con la democracia. En: *Democracia, derecho y sociedad civil.* La Habana: Editorial de Ciencias Sociales. pp. 109-10.

Borroto Chao, R. (2005). Apuntes tomados en reuniones del Grupo Técnico Asesor de Trabajo Comunitario Integrado. CNPES, La Habana.

CERJUS (1999). *Selección de lecturas sobre trabajo comunitario.* La Habana: CIE "Graciela Bustillos", pp: 59-68.

Martínez Calvo, S. (2020). *Análisis de situación de salud.* 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/analisis-de-situacion-de-salud-una-nueva-mirada-tercera-edicion/

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2021). *Objetivos de trabajo del Minsap para el 2021*. La Habana: Minsap.

_____ (2011). Programa del Médico y Enfermera de la Familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

Organización Panamericana de Salud (2017). *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina;* Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf

Yépez, P., Alvarez Sintes, R., Barcos Pina, I. (2020). Una visión salubrista de la convergencia estratégica para la agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. *RevCub. Salud Púb.* [Internet]. 46(1). Recuperado de: http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1644

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 77
Análisis de la situación de salud

Silvia Isabel Martínez Calvo, María del Carmen Pría Barros y Gicelda Sanabria Ramos

El análisis de la situación de salud (ASIS) tiene, en este capítulo, una visión renovada como función esencial de la salud pública y como permanente instrumento para los servicios de salud. Han transcurrido más de 5 años desde la edición anterior de este libro y, sin dudas, las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales, que constituyen determinantes para la salud, se han modificado. Su influencia es evidente en la situación de salud de la población cubana. Ante ese contexto, el tema análisis de la situación de salud muestra su total vigencia, tanto en la teoría como en la práctica. Es un momento propicio para reseñar importantes aspectos que garanticen su correcta ejecución, así como un especial comentario sobre el complejo tema de la participación comunitaria, visto desde la salud pública, y que constituye uno los componentes más endebles del análisis de la situación de salud.

Se reconoce el sólido posicionamiento del análisis de la situación de salud como concepto, método e instrumento de la salud pública, al instituirse como la primera de sus funciones esenciales (OPS, 2002) y contribuir de forma general al desarrollo de la agenda mayor de la salud global con sus aportes para el desarrollo sostenible, la salud universal, la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud, y en forma particular, entre otros, para la promoción de la salud, la evaluación del impacto de las intervenciones poblacionales y la gestión de salud (Mujica, 2015).

Por otro lado, el vínculo análisis de la situación de salud-epidemiología refuerza el sustrato científico-metodológico de este instrumento. Si no se revisan sus postulados, si no se comprenden las bases que lo sustentan, si en lugar de una útil herramienta para la toma de decisiones en los servicios, tiende a convertirse en un ejercicio rutinario de obligada realización, perderá su carácter científico-metodológico y su confiabilidad para contribuir a mantener las condiciones de vida y salud de la población.

Vigencia

La ejecución del análisis de la situación de salud en la actualidad transita en la misma vía que la estrategia de renovación de la atención primaria de salud y la revitalización del modelo de medicina familiar en Cuba. Aplicar un enfoque renovado de la atención primaria de salud es, además, una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona (OPS, 2005, 2018) (Macinko, Montenegro, Nebot y Etienne, 2007).

En todos los países de la región se elaboraron estrategias con este fin, y en Cuba el modelo de atención en el sistema de salud se basa en la atención primaria desde la década de 1960. Entre los escasos análisis sobre la renovación de la atención primaria de salud en Cuba destaca el de López, Segredo y García (2014). Si como expresó recientemente el ministro de Salud Pública ante la Asamblea Mundial de la Salud "Cuba ratifica el compromiso de compartir las experiencias alcanzadas en el desarrollo de la APS" (MINSAP, 2019), la estrategia de renovación resulta inminente.

En consecuencia con la estrategia para renovar la atención primaria de salud, es imprescindible el proceso de renovación del análisis de la situación de salud, enfocado básicamente a reorientar el objeto en función de los cambios sociales, económicos, culturales y sanitarios que indudablemente suceden en la población cubana y,

por consiguiente, el equipo ejecutor a nivel local también deberá renovar sus competencias (Martínez, 2013).

Sea cuales fuesen las propuestas de renovación, éstas son impostergables, pues reforzarían la reconocida importancia y la utilidad para los servicios de salud del análisis de la situación de salud, su reafirmación como función esencial y como una de las competencias básicas del médico familiar y del epidemiólogo, además de contribuir a desarrollar la renovada estrategia de atención primaria de salud en el sistema nacional de salud.

Un punto de renovación se vincula con los modelos para realizar el análisis de la situación de salud, cuyo diseño se ha considerado un tema polémico en la práctica cotidiana de los servicios de salud. No es momento para debatir si verdaderamente son modelos o esquemas o rutas críticas para su ejecución, lo obvio es que la realización del análisis de la situación de salud, además del enfoque de la salud que lo sustenta, también dependerá de sus objetivos. En Cuba, en la edición provisional del programa del especialista en medicina general integral (MINSAP, 1990) se incluyó como base para realizar el análisis de la situación de salud el modelo "campo de salud", con variaciones y ajustes, que aún mantiene vigencia tanto en los servicios de salud como en los procesos formativos de pre- y posgrado.

En ese mismo programa formativo de medicina general integral se incluyó el modelo de análisis de la situación de salud para "grupos específicos de población", promovido desde la OPS/OMS en el periodo de 1984 a 1997 (Romero, 1984) y, posteriormente, en otros procesos docentes se incorporó el modelo de análisis de la situación de salud según "condiciones de vida", sustentado en las valoraciones que sobre la vigilancia en salud publicara Castellanos (1992) y después se adecuara al ASIS (Pría, 2006). Aún se utilizan estas guías, aunque se diseñó y está en ejecución un nuevo programa de especialización en medicina general integral (MINSAP, 2018) que ofrece una excelente oportunidad para evaluar el modelo predominante, el que constituye un vacío en el tema análisis de la situación de salud.

En otros países de Latinoamérica se utilizan también varios enfoques para desarrollar los modelos de ASIS. Por ejemplo, en Colombia se consideran múltiples enfoques (enfoque de derechos, enfoque diferencial, enfoque poblacional), y un modelo conceptual de determinantes sociales de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Sería interesante considerar la inclusión de estos enfoques en el actual proceso de renovación del análisis de la situación de salud en Cuba.

Como todos los modelos, los utilizados hasta ahora poseen ventajas y desventajas según el espacio-población a estudiar. Por eso resulta estimulante la propuesta del nuevo modelo análisis de la situación de salud enfocado en los determinantes sociales de la salud, que deberá reducir las desventajas o al menos ofrecer una visión diferente de la situación de salud de la población cubana.

Se argumentaron al menos tres razones para la renovación del modelo actual. La primera se relacionaba con el uso limitado de los enfoques teóricos avanzados, la segunda con la obsolescencia e imprecisiones en los procedimientos metodológicos y la tercera razón se refería a la inconsecuencia con las propuestas regionales al elaborarse el análisis de la situación de salud por el médico familiar (Alvarez *et al.*, 2007; Martínez, 2013). Este modelo permite develar las dimensiones que configuran el cuadro de salud de un espacio dado, las condiciones en que se produce la salud de la población cubana a partir del análisis de un grupo de variables. Entre ellas están:

– La determinación supranacional.
– Las premisas de la determinación social de la salud.
– Las condiciones y los factores de determinación estructural.
– Las condiciones y los factores de determinación intermedia.
– Las desigualdades sociales y los diferenciales en salud.
– El daño en salud.

Sea cual fuese el modelo a utilizar siempre requerirá de un procedimiento metodológico que facilite la elaboración del análisis de la situación de salud. Hasta ahora se mantiene la estructura conformada por dos grandes etapas, a partir de cuyo contenido se identifican, diseñan y analizan los indicadores utilizados con más frecuencia. Tiene dos etapas, descriptiva y analítica. La etapa descriptiva es la de obtención de la información. La etapa analítica es la interpretación del vínculo entre los determinantes y el proceso salud-enfermedad, la identificación de problemas, el establecimiento de prioridades, la búsqueda de alternativas, la confección de un plan de acción y su evaluación Para el desarrollo de esas etapas se establecieron, como elemento útil, las denominadas guías metodológicas (MINSAP, 1984, 1990; Ramos, 2006; Pría *et al.*, 2006).

Las guías están conformadas por apartados que agrupan una variedad de indicadores. La aplicación de las técnicas e indicadores en el análisis de la situación de salud debe acompañarse de un claro conocimiento de los conceptos o definiciones que las sustentan para lograr su correcta utilización. La búsqueda u obtención de información constituye uno de las primeras activi-

dades para realizar el análisis de la situación de salud (etapa descriptiva) y esa actividad también requiere de conocimiento y habilidades para cumplirla. Es necesario estar entrenado para diseñar o seleccionar los indicadores del análisis de la situación de salud, tal como se realiza en cualquier otro proceso investigativo, pues deben calcularse e interpretarse correctamente.

Es infrecuente, cuando se realiza el análisis de la situación de salud, utilizar las encuestas y los cuestionarios, pero estos representan un valioso aporte instrumental, ya que la identificación de aspectos antes no conocidos ni medidos origina nuevos indicadores que elevan el nivel de calidad del propio análisis de la situación de salud. También, ante los procesos de renovación del análisis de la situación de salud que se proponen, se considera oportuno incorporar los "indicadores de acceso" utilizados desde hace décadas y que representan un elemento clave para analizar los recursos y servicios del sistema de salud en cualquiera de sus niveles organizativos (SIISE, 1998). Son muy útiles a los fines de las políticas de salud, ya que la existencia de los servicios no siempre garantiza que la población pueda utilizarlos cuando los necesita (Fuentes, 2017; Fajardo *et al.*, 2015).

Si los indicadores y las técnicas resultan imprescindibles para realizar el análisis de la situación de salud, el dominio de sus bases teóricas y metodológicas debe convertirse en una tarea ineludible; y sobre todo el adiestramiento cotidiano que asegure su correcta aplicación. Como una propuesta novedosa del nuevo plan de estudio del especialista de medicina general integral se incluyó el diseño y ejecución de una estrategia de intervención para solucionar el problema prioritario identificado con la realización del análisis de la situación de salud, lo que asegura la adquisición de esta competencia para su desempeño profesional (MINSAP, 2018).

También en ese nuevo programa de especialidad se establece como periodicidad el lapso de un año para realizar el análisis de la situación de salud; pero, con independencia del tiempo, lo ineludible es su realización correcta para cumplir con sus objetivos y propósitos.

Se recomienda revisar este tema en el capítulo 83, "Epidemiología en la atención primaria de salud".

Informe técnico

Otro importante elemento del análisis de la situación de salud y también relegado con frecuencia es la elaboración del informe técnico, en el que se consignan los principales resultados en la identificación de los problemas de salud, según el espacio-población en estudio.

La confección de este informe técnico representa un momento reflexivo para la búsqueda, recolección y posterior análisis de los datos. Debe elaborarse como un documento de amena lectura, que avive el interés de los decisores y demuestre su utilidad para el buen desempeño de los servicios de salud. Su elaboración debe ser una tarea en la que participen los diferentes responsables de su ejecución, al menos en su revisión final, para que su contenido permita desarrollar una evaluación precisa y objetiva.

Las experiencias en la aplicación del procedimiento evaluativo del informe técnico del análisis de la situación de salud, propuesto hace más de una década, se concentraron en el ámbito docente. A pesar del tiempo transcurrido casi no se utilizó en los servicios de salud, situación que debe modificarse si se renueva el ASIS. Por eso se recomienda revisar con minuciosidad estos procedimientos en su versión original, incluida la que se describe en el libro de consulta. (Gómez, 1999; Ramos, 2004).

Si se desarrolla el proceso de renovación del análisis de la situación de salud, no es posible que permanezcan los mismos procedimientos evaluativos del informe técnico, y en consecuencia con esos cambios deben ofrecerse las propuestas relacionadas con el indispensable instrumento, sobre todo para capacitar a sus principales ejecutores en los nuevos aportes, que incluye el proceso evaluativo del informe técnico para lograr su confección idónea y la confiabilidad del contenido.

Más que un procedimiento basado en criterios evaluativos, el momento es para establecer un sistema de evaluación del análisis de la situación de salud, dada su ejecución en todos los niveles organizativos de los servicios de salud, es decir, elaborar un conjunto de orientaciones técnicas que permitan controlar, supervisar y evaluar las actividades en cada una de sus etapas, además de adecuarse totalmente al modelo y los espacios-población donde se realiza, en particular lo referido a la confección del informe técnico.

Toma de decisiones

Es innegable la relación entre la gerencia en salud y el análisis de la situación de salud, pues desde la visión gerencial podría considerarse como un procedimiento sanitario útil para la toma de decisiones, al proveer información acerca de los problemas de salud y sus determinantes en la población en un tiempo y un es-

pacio específico. Una acertada toma de decisiones necesita estar sustentada en datos e información fiable (Rodríguez, 2015), teniendo en cuenta que la secuencia información-decisión-información-resultado-información resume lo que a nivel de detalles se manifiesta cualquiera que sea la rama o sector que se dirige, de modo que permita contrastar los efectos con los propósitos o estándares establecidos y completar el ciclo con la puesta en marcha de medidas correctoras.

El análisis de la situación de salud es un procedimiento que integra información importante para la gestión de los servicios de salud, de ahí que es necesario reconocer que el contexto es múltiple y dinámico, pero a la vez particular, además de que se transforma por el medio y por el propio sistema de salud. Una forma hábil para que los tomadores de decisiones estén informados sobre los problemas de salud en el territorio a su cargo es que esos problemas no se traten como eventos aislados mientras se obtiene y analiza la información, más bien, según surge el problema, estos decisores deben mantenerse informados para involucrarse en su posible solución. Se establece, además, una retroalimentación mutua entre los responsables de la ejecución del análisis de la situación de salud y los gerentes.

En la práctica sanitaria se necesita del apoyo gerencial para utilizar los resultados que se obtienen con el análisis de la situación de salud, de modo que se asegure el diseño y la ejecución de políticas, programas, estrategias y servicios consecuentes con los problemas de salud identificados y encaminados a direccionar la gestión hacia los cambios organizativos necesarios que beneficien a la población (Martínez, 2018).

Los aportes del análisis de la situación de salud para la gerencia no deben invisibilizar las debilidades e insuficiencias que reducen su nivel de utilidad, a pesar de todas las ventajas que ofrece para la efectividad en la gestión. Es débil el compromiso de los decisores de involucrarse en el análisis de la situación de salud desde el inicio del proceso de búsqueda de información hasta que se implementan los planes de acción, aunque deben hacerlo, no como actores principales en esas etapas, pero sí como controladores para su buen desarrollo. Corresponde a los dirigentes sanitarios la disposición de las condiciones y recursos necesarios para elaborar, divulgar y debatir el informe técnico del análisis de la situación de salud, a fin de crear una cultura corporativa acerca de su importancia y de su condición necesaria para reducir la incertidumbre y tomar mejores decisiones.

Participación comunitaria

Con mucha frecuencia en las ciencias de la salud se tiende a confundir los términos participación social, participación ciudadana y participación comunitaria. La participación social en su más amplio sentido es un proceso complejo e inherente a la dinámica de la sociedad, la que a su vez se encuentra en perenne desarrollo y perfeccionamiento. En ella se han identificado diversas modalidades o grados de participación (de Roux *et al.*, 1990; Gajardo y Werthein, 1983; Minkler y Wallestein, 2003).

En los últimos años, con el propósito de elevar el nivel de desarrollo de la participación social, el concepto se ha vinculado al empoderamiento. Esta noción se refiere a la capacidad de las personas para llevar a cabo acciones de forma individual o colectiva y poseer acceso y control sobre los recursos necesarios. En la Declaración de Astaná, aprobada en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en 2018, acerca del empoderamiento se expresa: "Aumentaremos el empoderamiento de la comunidad y contribuiremos a la rendición de cuentas de los sectores público y privado para que un mayor número de personas vivan vidas más sanas en entornos propicios y favorables a la salud" (OMS, 2018). En el ámbito comunitario el empoderamiento forma parte de la participación social y particularmente de la participación comunitaria (Sanabria, 2004).

El concepto de participación ciudadana está relacionado con las posibilidades que tienen los ciudadanos, comunidades y diversos grupos sociales de incidir en las políticas públicas. Se define como un conjunto de acciones por medio de las cuales los ciudadanos toman parte, a título individual o colectivo, en el diseño, gestión y control de las políticas públicas o colaboran en el desarrollo de tareas de interés general (Michel, 2011).

Con estas precisiones conceptuales no deben existir confusiones para entender el significado de la participación comunitaria, aunque también han existido variedad de definiciones y conceptos con denominaciones diferentes, pero todos confirman que, sin la participación de la población no es posible la gestión democrática de los programas y proyectos locales que contribuyan a lograr la salud de la población. Desde la definición inicial de la OMS en 1978 hasta las fortalezas y debilidades en la participación comunitaria debatidas en diferentes cónclaves, como la reciente Conferencia de Shangai, resalta la pertinencia de la participación comunitaria en la solución de los problemas de salud en cualquier espacio-población (OMS, 1978; Shanghai Declaration, 2016).

Otra señal de la importancia concedida al tema en Cuba es la existencia en la nueva Constitución de la República de un capítulo dedicado a establecer los derechos de petición y participación popular local.

Elementos esenciales

La realización del análisis de la situación de salud deriva de tres elementos esenciales

– Será incompleto si la comunidad no está involucrada.
– La priorización de los problemas que se analicen debe atender a la factibilidad de su solución con los aportes de la comunidad.
– Es necesario identificar el nivel de participación que se ha alcanzado para implementar esa solución.

Durante los años en que se ha realizado el análisis de la situación de salud en los consultorios de medicina familiar, la participación comunitaria ha representado una de sus mayores debilidades, incluida la ausencia de intercambios con los líderes formales e informales, aunque existan excepciones. Esta situación propició que la población recibiera escasa información acerca de sus principales problemas de salud. Esto trajo como consecuencia que, en los planes de acción derivados del ASIS la identificación y la solución de los problemas correspondiera exclusivamente al médico de familia, y en algunos casos al equipo básico de salud. Esta debilidad no los sorprendió, pues durante su etapa como residentes fue escaso el adiestramiento para realizar actividades de participación comunitaria y desarrollar acciones de intersectorialidad, situación que deberá eliminarse con la correcta ejecución del nuevo programa formativo y, específicamente, con el adiestramiento en los servicios.

Sin embargo, en el ámbito nacional se han ejecutado investigaciones correspondientes a espacios-población de varios municipios con reveladores resultados, tanto positivos como negativos. Entre ellas la investigación conducida por expertos del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), insertada en un proyecto cuyo objetivo era potenciar la participación comunitaria en localidades de tres municipios del país. (Sosa *et al.*, 2013).

Con la participación social y comunitaria, los problemas que atañen a la salud no solo se identifican, sino que también deben resolverse, y evaluarse las acciones para que no se reproduzcan. Por supuesto, por encima de esa participación debe primar la voluntad política que aúne los esfuerzos de todos los involucrados en la solución de los problemas de salud.

Con independencia del modelo utilizado, sigue siendo el análisis de la situación de salud el instrumento que contribuye a transformar en la práctica esa primera función esencial de la salud pública, y su renovación debe quebrar las paredes que lo encierran en los centros e instituciones docentes e investigativas y de una vez, con el modelo más pertinente, identificar los problemas de salud que ocurren en el espacio donde las personas viven, trabajan, enferman y mueren; circunstancias vitales definitivamente influenciadas por los determinantes sociales de la salud y que reclaman oportuna solución.

Si en Cuba el análisis de la situación de salud se mantiene como una competencia distintiva del médico familiar y el epidemiólogo, es hora de actualizarla para que el discurso se transforme en una práctica efectiva para el beneficio de la población.

Bibliografía

Álvarez, A.G., García, A., Bonet, M.H. (2007): Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev. Cub. Salud Púb.; 33(2).* Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es

Fuentes, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Rev. Cub. Salud Púb.;* 43(2):272-286. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200012&lng=es

López, P., Segredo, A.M., García, A.J. (2014).Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. *Rev. Cub. Salud Púb.*; 40(1):75-84. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100009&lng=es

Macinko, J., Montenegro, C., Nebot A. y Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J PubliCHealth;* 21(2/3).

Martínez, S. (2018). Acerca del artículo publicado que se refiere al análisis de situación de la salud bucal. *Rev. Cub. Salud Púb.*; 44(1):184-6. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000100184&lng=es

_____ (2013). Renovación del análisis de situación de salud para los servicios de medicina familiar en Cuba. *RevCub. Salud Púb.;* 39(4):752-762. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es

Ministerio de Salud Pública(CUB) (2018). *Plan de Estudio de la Especialidad de Medicina General Integral.*Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana: Minsap.

_____ (1990). *Programa de Especialización en Medicina General Integral,* 3 t. La Habana: Minsap.

_____ (2011). *Programa del Médico y Enfermera de la Familia.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

_____ (2019). Retos y Prioridades 2019. Recuperado de: http://www.infomed.sld.cu/anuncio/2019/01/29/objetivos-de-trabajo-del-ministerio-de-salud-publica-para-el-ano-2019

Ministerio de Salud y Protección Social (COL) (2014). *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales.* Bogotá, Colombia. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf

Mújica, O. J. (2015). Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev.Panam. Salud Púb.*; 38 (6); pp: 433-41.

Organización Mundial de la Salud (2016). *Declaration on promoting health in the 2030. Agenda for Sustainable Development.* 9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai. 21-24 november, 2016. Recuperado de: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/

_____ (2018). *Informe de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud.* Astaná, 25-26 de octubre de 2018. Kazakstán, 2018. Recuperado de: http://www.who.int/docs/default-source/primary-.health/declaration/

Organización Panamericana de la Salud (2018). A 40 años de Alma-Ata. Proyecto de Declaración. Segunda Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Hacia la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná, 25-26 octubre 2018. Kazakstán. Recuperado de: https://www.paho.org/.../index.php?...alma-ata

Pría, M. C. (2006). Diseño de una metodología para el análisis de la situación de salud municipal según condiciones de vida. *Rev. Cub.Med. Gen.Integr.;* 22(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400004&lng=es

Pría, M.C., Louro, I., Fariñas, A.T., Gómez, H., Segredo, A. (2006). Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. *Rev. Cub.Med. Gen.Integr.*; 22(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es

Ramos, B. N. (2006). Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Rev. Cub. Salud Pública;* 32(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200011&

Sosa, I., Rodríguez, A., Abreu, I., Guerra, M., Lefevre, P., De Vos, P. (2011). Percepción sobre el análisis de situación de salud en un Consejo Popular de Centro Habana. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* [Internet], 49(2):183-190. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200005&lng=es

PROHIBIDA SU VENTA

Capítulo 78
Diagnóstico comunitario de salud mental

Mario León González

El diagnóstico comunitario de salud mental, 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, además de rehabilitar a la población necesitada a la que brinde asistencia.

El diagnóstico comunitario de salud mental está integrado al análisis de la situación de salud (véase el capítulo 77, "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, de los diferentes grupos humanos.

Examen preliminar

Cuando un equipo de salud inicia el trabajo en una localidad determinada debe partir de lo que se llama "examen preliminar de la comunidad", 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 de manera aproximada cuáles son los problemas prioritarios que merecen ser explorados con mayor detalle (Levav, 1992). Es como una foto instantánea, inicial, que el equipo de salud realiza a su comunidad y que constituye la base para comenzar el trabajo, establecer un plan de acción acorde a las necesidades fundamentales y para profundizar después en dichas acciones. En la medida en que se profundiza en la problemática inicialmente detectada, en que se conoce mejor a la comunidad, sus necesidades sentidas y las identificadas por el equipo profesional, se puede arribar al diagnóstico de salud (Gofin y Levav, 2001).

Por ejemplo: en un examen preliminar se detectaron 10 casos de alcoholismo en una circunscripción a través del criterio de etiquetado, el que la propia población le da a los enfermos. Al profundizar sobre el problema, aplicando instrumentos específicos para detectar el tipo de consumo de alcohol como el *test* de CID y el CAGE, se pudo constatar que existen 20 abstemios, 120 bebedores sociales, 25 bebedores en riesgo, 15 consumidores perjudiciales y 12 dependientes del alcohol. El resultado del problema alcoholismo detectado en el examen preliminar se ha profundizado para arribar a su diagnóstico.

Del mismo modo, se detectan 16 pacientes dentro del grupo de dispensarización de los psicóticos. En la medida en que se examinan individualmente y se diagnostican de acuerdo con su enfermedad, se irá profundizando y se arriba al diagnóstico del problema: 10 son esquizofrénicos, tres tienen trastornos afectivos bipolares, uno con psicosis orgánica y uno con 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

Para el diagnóstico de salud mental de la comunidad se propone un esquema basado en la revisión crítica de la información ya existente en el área de trabajo, llegada 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, y otras vías (Sánchez y Barrientos, 2001).

Características de la comunidad

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 estudio, se debe señalar su ubicación dentro del área de salud a la que pertenece, lo mismo sucede con el realizado en un consultorio médico de la familia.

Redes de comunicación y transporte público. Se debe buscar información acerca de las 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, lo que influye en la rapidez de acceso a la comunicación a través de los medios de transportación pública. Es importante conocer las vías de comunicación de la comunidad, de estudio, 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 su bienestar.

Datos sociodemográficos. Deberán identificarse los grupos poblacionales por edades. En este sentido se prefiere hacer grupos de a cinco para poder realizar la pirámide poblacional y conocer los estratos etarios predominantes, que servirán para dirigir acciones de salud específicas para cada uno; también el sexo, etnias, estado civil, ocupación y escolaridad, así como conocer grupos religiosos predominantes, el número y características de los núcleos familiares (familias nucleares, ampliadas o extensas).

Características socioculturales. En este aspecto se deberá considerar lo siguiente:

Organización de la comunidad, sus instituciones y líderes: Se debe conocer cómo está organizada la comunidad, cuáles son las instituciones que existen y sus líderes. En Cuba la población está organizada en consejos populares, cada consejo está constituido por circunscripciones con los 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, grupos de ayuda mutua o autoayuda, organizaciones fraternas o religiosas u otras. Los 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 diagnóstico de salud mental comunitario.

Análisis socioambiental: Este análisis comprende:

– Abasto de agua. Se debe conocer cuál es el estado del abasto de agua de la población. Si es por el acueducto, identificar las fuentes y las condiciones físicas de las tuberías, conocer su estado higiénico sanitario, pues a veces han existido zonas con contaminación de las redes con aguas de albañales, lo que puede provocar epidemias. El médico deberá estar informado también sobre 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 hay que conocer 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, se forman 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. 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 otras, que pueden también afectar la salud humana.
– En zonas rurales, la presencia de animales de corral es mucho más común y en esos lugares las condiciones para su tenencia suelen ser mucho más adecuadas, debido a la distancia de las casas de sus corrales o cuartones 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. Cada región tiene una idiosincrasia cultural que hay que tener en cuenta a la hora de evaluar el fenómeno salud-enfermedad. Los patrones de conducta están muy relacionados 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 las 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).

Información sobre salud y enfermedad

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.

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:

– Grupo I: personas supuestamente sanas.
– Grupo II: personas en riesgo.
– Grupo III: personas enfermas.
– Grupo IV: personas con deficiencias y discapacidad.

Se desglosa después 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 con el *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.

Condiciones de riesgo identificables

Deben investigarse los factores de riesgo identificables en la población de estudio, los que se desglosan en riesgos de carácter individual, riesgos familiares; si se va a estudiar a la población infanto-juvenil, hay que tener en cuenta los factores de riesgo educacional y si se trata 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.

Recursos de la comunidad

Los recursos con los que cuenta la comunidad son los dependientes del sector salud y los extrasectoriales.

Dependen del sector salud. Pueden ser:

Oficiales: La presencia de hospitales, hogares de ancianos o impedidos, policlínicos, farmacias, consultorios médicos, centros comunitarios de salud mental, 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.

No oficiales: Se refiere 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 pueden jugar un papel negativo, por asumir conductas no científicas o contraproducentes a lo establecido por los servicios de salud. Estas deben conocerse y tomarse en cuenta si poseen algún grado de influencia en la comunidad.

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 esta:

Oficiales: Entre estos se encuentran las instituciones estatales, las organizaciones políticas y de masas con gran fuerza en cuanto a recursos humanos, etc.

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).

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., deben explorarse las alternativas, las posibles soluciones eficaces y factibles y llegar a la determinación de prioridades para la toma de decisiones. Se establece entonces 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 les concierne tan cerca (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. Sin embargo, existen otros problemas en la población que tienen un mayor significado para sus habitantes y, quizás, el equipo de salud había minimizado la relación con su valor real.

Existen múltiples métodos para poder determinar las prioridades. A continuación, se describirán someramente dos de ellos 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

El 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). Luego esta metodología se extendió a los servicios de salud y sigue utilizándose en la actualidad en diferentes partes del mundo. El método ofrece un diagnóstico integral de los riesgos a los que está sometida la población de una región definida y cómo ella los percibe, 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 su mapeo y en la determinación de prioridades y en la confección del plan de acción. El procedimiento consta de tres fases fundamentales:

Fase I. Fase preparatoria: En esta fase han de considerarse los siguientes aspectos:

- Preparación previa de toda la junta directiva acerca de la metodología a emplear, así como al consejo de vecinos y el equipo básico de salud.
- 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. 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 e 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 agrupa-

ción lógica. Por ejemplo, los riesgos de saneamiento ambiental (distribución de agua potable, recogida de basura, vectores, contaminación, etc.), la 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. Unificación y comunicación:
– 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 para conocimiento de toda la población.
– Evaluaciones de impacto posterior en el primero y segundo niveles de atención.

Cuando se trabaja en la comunidad, desde el punto de vista asistencial el médico de la familia está muy presionado, sobre todo cuando se dispone de poco personal en el equipo de salud mental 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, para que sea de fácil comprensión por la población y simplifique lo más posible el proceso. Por ello se propone este método, que en la práctica ha dado resultados (Cooperación Italiana en Salud, 1989).

Método DNR

El método DNR, creado en el Centro Comunitario de Salud Mental de Lawton (León, 1997), consiste en valorar en puntos tres acápites que recogen aspectos 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 valora en una escala de 0 a 20 puntos, y la suma total dará una puntuación máxima posible de 60, que sería el mayor nivel de prioridad alcanzable:
D + N + R = P

donde:

D = Dimensión.

N = Necesidad.

R = Recursos.

P = Prioridad.

Dimensión. Al evaluar la dimensión de un problema determinado se ha de tener en cuenta la magnitud del mismo y su gravedad. Para medir la magnitud hay que valorar el porciento de la población que se encuentra afectada 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 será el puntaje a recibir. Se hace una valoración integral de estos dos aspectos para darle un puntaje a la dimensión.

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. Para ello hay que preguntarse:
– ¿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 la solución se agravaría o aumentaría su magnitud?
– ¿Puede realizarse a corto o a largo plazo?

Tomando en cuenta las respuestas a los cuestionamientos 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 (de poco necesaria su solución a muy necesaria).

Recursos. Al evaluar los recursos que se necesitan para solucionar el problema planteado hay que tener en cuenta si existen o no dichos recursos y cuánto cuesta la inversión necesaria, por lo que hay que preguntarse:
– ¿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, 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	Poco costoso
Necesita muchos recursos	Necesita pocos recursos
No hay recursos disponibles	Hay disponibilidad de recursos

Con la aplicación de este método se puede determinar un puntaje que, aunque se basa en elementos objetivos, como magnitud, gravedad, necesidad, costos, etc., interviene, como en todos los métodos, el factor subjetivo a la hora de decidir una puntuación específica por un grupo de personas. 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.

Para concluir su aplicación se colocan las prioridades en orden decreciente en una tabla. En la tabla 78.1 se muestra un ejemplo.

Una vez que determinadas las prioridades, en relación con los problemas detectados en una comunidad específica, se procede a planificar las diferentes actividades que el equipo de salud mental, el equipo básico de salud y la comunidad, van a realizar para dar solución a cada problema de salud, a través de acciones de cogestión o autogestión. 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 cumplir lo programado (fecha y hora).

El plan de acción recoge una programación de todas las actividades que se planifiquen y tiene como valor fundamental el poder controlar su ejecución, el éxito o fracaso de cada una de las acciones y, de esta forma, con la retroalimentación, proseguir, perfeccionar o corregir errores en su realización. Entre los indicadores del plan se encuentran:

– 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.: equipo de salud mental, equipo básico de salud, CDR, delegado de la circunscripción, comunidad, etc.
– Responsables. Cada acción debe especificar quién deberá responsabilizarse con su ejecución y al que se le pedirá cuentas al evaluar periódicamente el plan. Ej.: delegado de la circunscripción, presidente del CDR (cuál, N.º), 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.
  • Asistenciales o terapéuticos.
  • Investigativos.
  • Judiciales, etc.
– Lugar. Se especificará el lugar en el que se va a realizar la actividad programada. Ej.: zona de los CDR, CMF N.º, CDR N.º, CCSM, etc.
– 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 un plan de acción, el equipo de salud con la comunidad y sus líderes deberá trazarse las estrategias de intervención para cada problema detectado, de estas 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 equipo de salud mental en unas, la comisión de prevención social, el Equipo Básico de Salud, la comunidad y sus dirigentes en otras, etc.

Tabla 78.1. Ejemplo de cómo se colocan las prioridades en orden decreciente

Prioridad	Problema	Dimensión	Necesidad	Recursos	Total
1	Vertederos	20	20	20	55
2	Calles	18	20	10	48
3	Oscuridad	15	15	12	42
4	Alcoholismo	6	20	14	40

En la tabla 78.2 se muestra un supuesto plan de acción, en el que para cada problema se han programado tres actividades, que vendrían a constituir las estrategias de intervención para cada uno de ellos. El programa de actividades 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 del problema detectado. En muchas ocasiones se hace difícil, debido a vorágine de la vida moderna, reunir a la comunidad y sus representantes para confeccionar un plan de acción, por lo que el equipo de salud es quien, de manera general, debe asumirlo. En estos casos se diseñan las posibles actividades a realizar, luego 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:

– Identificación de problemas:
  - Conocimiento: ¿cuál?
  - Definición: ¿cómo?
  - Exploración: ¿por qué?
  - Clasificación: Tipo de problemas, índole de las posibles soluciones y recursos necesarios para ello.
– Exploración de alternativas con las posibles soluciones eficaces y factibles.
– Determinación de prioridades con participación comunitaria (métodos de Hanlon, Levav, Mapa de riesgos y recursos, FODA, Precede, DNR, etc.).
– Plan de Acción.
– Evaluación:
  - Reflexión: cumplimiento de tareas y eficacia de las soluciones.
  - Detectar errores.
  - Destacar logros.
  - Generalizar experiencias.

Se recomienda estudiar el capítulo 80, "Técnicas participativas en el análisis de la situación de salud".

Tabla 78.2. Ejemplo de un plan de acción

Problema	Actividades	Participantes	Responsables	Recursos	Lugar	Tiempo
Vertederos	Limpieza de vertederos	Cederistas, comunales	Delegado Responsable comunales	Administrativo Comunitario	Vertederos de circuscripción n.º 133	Domingo 3 de oct. 8.00 a.m.
	Recogida de basura	Comunales, población	Comunales	Administrativo	Circunscripción n.º 133	Días alternos
	Charlas educativas	Cederistas, EBS	Coordinador de zona, EBS	Educativo	Consultorio 44-2	Primeros lunes de cada mes 8.00 p.m.
Deambulantes	Detección de deambulantes	ESM, EBS, grupo de prevención social, CDR, PNR, población	Grupo de prevención social	Administrativo Comunitario	Circunscripción n.º 133	Durante el mes en curso
	Evaluación clínica de deambulantes	ESM, EBS, deambulantes, familiares, vecinos	ESM	Asistencial Comunitario	CCSM Lawton	Durante el trimestre
	Tratamiento y rehabilitación de cada uno	ESM, EBS, deambulantes, familiares, vecinos	ESM	Asistencial (terapéutico), Comunitario	CCSM	A partir de la evaluación de cada uno

Bibliografía

Alvarez Sintes, R. (2019). Formación de promotores comunitarios de salud en el contexto de Barrio Adentro, Venezuela. *MediCiego* [Internet]. 25(2):[aprox. 3 p.]. Recuperado de: http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1446

Gofin, J., Levav., I. (2001). *Examen preliminar de la comunidad. Temas de Salud Mental en la comunidad.* Serie Paltex. No. 19. pp. 3-25.

González, P. (2012). Diagnóstico de Salud Mental Comunitario. En: *Salud Mental, comunidad y técnicas de intervención comunitarias.* República Dominicana: Editorial Yan Impresos. pp: 89-148.

González, P., Piloto, M., González, J. (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.

León, M. (2006). Diagnóstico de Salud. En: *Salud Mental y Comunidad.* 2da ed. [soporte electrónico]. Texto para el Módulo Comunitario de la Maestría en Psiquiatría Social. La Habana. pp. 20-34.

_____ (2002). La atención comunitaria en Salud Mental. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* No 5.

Markez, I., Poó, M., Ariño, J., Córdova, S., Merino, C., *et al.* (2000). *Atención comunitaria de la enfermedad mental.* Bilbao: Editorial Ararteko. pp. 34-39.

Sánchez, F., Barrientos, G. (2001). *Psiquiatría social y comunitaria.* Biblioteca de la Salud Mental. Santo Domingo: Editorial Búho.

Sánchez, F., Barrientos, G., Gómez, F. (2002). El diagnóstico comunitario. En: *Salud mental en la comunidad, guía para la acción.* Colección Biblioteca de Salud Mental. Santo Domingo: Editorial Búho. pp. 55-72.

ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Capítulo 79
Participación popular en el análisis de la situación de salud

Rafael Borroto Chao

El eminente pedagogo brasileño Paulo Freire, fallecido en 1997 marcó un proceso de cambio de conciencia orientado hacia la transformación social, con su pensamiento y experiencia en el siglo xx 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 tiene una gran importancia para el quehacer del médico de familia, tanto para su competencia como para su desempeño. El diagnóstico y análisis de la situación de salud y la dispensarización constituyen las habilidades que más singularizan el desempeño del médico de familia.

El diagnóstico es un proceso transdisciplinario e intersectorial, que permite conocer las interrelaciones sociales en la comunidad, así como los recursos de salud disponibles. Es transdisciplinario al ser un proceso integral, que incluye dimensiones económicas, políticas, sociales, culturales, medioambientales y éticas, con una interrelación inherente al propio fenómeno del desarrollo.

Un fenómeno de tal naturaleza precisa una aproximación superadora, no solo de la especialización académica convencional, sino también de la llamada colaboración interdisciplinaria o multidisciplinaria. Este enfoque transdisciplinario 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 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, los que a su vez se derivan de los perfiles epidemiológicos de la comunidad y se evidencian en el resultado de la acción de los diferentes actores 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 es el elemento conclusivo para la solución de esos problemas. No son excluyentes, sino más bien diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico.

Identificación y priorización de problemas

Un principio básico de la salud pública en su conjunto es la solución de los problemas detectados y no solo su descripción. 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.

Problemas y necesidades

El problema corresponde a un estado de salud considerado deficiente por la persona, el médico y la colectividad. Por otra parte, se habla 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.

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, tienen 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, pero, como ya se ha 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 y, como paso necesario, pensar cómo resolverlos, de tal manera que se beneficien el mayor número de personas posibles y se proceda de forma ordenada.

Durante el ejercicio de identificación de problemas se manifiestan las principales dificultades y se obtiene como resultado una amplia lista de problemas, los cuales es necesario clasificar y ordenar para comenzar a actuar sobre ellos. Esta clasificación va a servir para tomar conciencia de la interrelación entre ellos, y de 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 en problemas que afectan la economía, la salud, la educación, el medioambiente, la cultura, el deporte, la educación física, la recreación u otros. Es necesario analizarlos en conjunto para actuar sobre ellos de una manera global y así obtener mejores resultados, ya que analizar los problemas aisladamente, en ocasiones impide encontrar soluciones integrales a una situación problema.

Determinación de prioridades

El procedimiento de determinación de prioridades permite identificar no solo los problemas prioritarios, sino también, 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 el objetivo o la utilidad de la determinación de prioridades?

La definición del término prioridad ofrece una indicación. Prioridad es la calidad de lo que sucede, acontece antes en el tiempo; anterioridad de una cosa respecto de otra. Aparecer con prioridad es preceder.

La determinación de prioridades no se dirige, en primera instancia, a otorgar la importancia, sino que se dirige 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 algunos 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 procede a identificar métodos de priorización que sean coherentes con el nivel de instrucción y el nivel sociocultural de la comunidad. Se selecciona aquel de mejor comprensión y aplicación, el de mejor factibilidad y comprensión para la comunidad representada por sus líderes, el que dé soluciones a las necesidades sentidas y reales planteadas. Existen algunos métodos, por ejemplo, el Hanlon, Grupo nominal y el conocido como Pooled Rank. La aceptabilidad del método está en correspondencia con su ejecución.

Esta etapa da paso al proceso de toma de decisiones que garantiza la participación activa y consciente de la comunidad.

Plan de acción

El conjunto de actividades que se organiza en el plan de acción 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 y, a su vez, fomenta la participación popular. Para esto resulta de vital importancia la organización local, como el Consejo Popular y la circunscripción. 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?

Para lograr un plan de acción eficaz es importante la selección de los actores sociales, quienes deben tener claridad de su función como representantes de la población, sentido de pertenencia y conciencia de que el liderazgo, el protagonismo o ambos es de la comunidad en pleno. El plan de acción no debe utilizarse 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. Su propósito es identificar y rectificar cuanto antes los problemas en su confección, 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 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. 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 determinar hasta qué 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 y compararlos con el objetivo planteado. Resulta importante incorporar indicadores, que además de los tradicionales, consideren los postulados o principios de la educación popular en función del tema. Estos postulados pueden ser:
– Partir de la práctica.
– Respetar las subjetividades individuales y colectivas.
– Velar por el compromiso político-ético de quienes evalúan.
– 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 énfasis especial en el proceso, en el cómo.
– Establecer una comunicación dialogada, libre, democrática, respetuosa, inquisitiva y problematizadora.
– Tener en cuenta la identidad cultural.
– Realizar un enfoque integrador, articulador de la diversidad.
– Desarrollar el proceso de manera educativa, 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.

Los indicadores o criterios evaluativos se clasifican según:
– Las fases o pasos del proceso:
  • Indicadores de éxito: 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.
– La operación mental que exigen:
  • Indicadores tangibles: resultados que se pueden contar, medir y documentar en forma directa.
  • Indicadores intangibles: aquellos posibles de observar, inferir y verificar de manera confiable, aunque no se puedan medir directamente.
  • Las dimensiones que los generan: indicadores de estimación, tanto de opción como de valoración.
– Las personas que participan:
  • Indicadores cuantitativos: permiten la valoración en cantidades, por cientos u otros.
  • Indicadores cualitativos: criterios y valoraciones basados en la apreciación de las personas participantes.

– Los resultados que se obtienen:
  - Indicadores directos: traducen el logro del objetivo específico en una relación de implicación lógica.
  - Indicadores indirectos: 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.

– La 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 o verificables que certifican la presencia de una variable.

Bibliografía

Alvarez Sintes, R. (2005). *Salud Familiar. Manual del Promotor.* 2da. ed. Maracay: Editorial MSDS/IAES/ Misión Sucre. Recuperado de: https://www.academia.edu/34531360/Salud_Familiar_manual_promotor

_____ (2019). Formación de promotores comunitarios de salud en el contexto de Barrio Adentro, Venezuela. *MediCiego* [Internet]. 25(2):[aprox. 3 p.]. Recuperado de: http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1446

_____ (2020). Aportes a la promoción de salud desde Barrio Adentro, Venezuela. *Rev. Cuba. Med. Gen.Integr.* [Internet], 36(3). Recuperado de: http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1051

Borroto, R., Trujillo, O. (1998). *Manual. Programa de Comunicación en Salud.* La Habana: Editorial Pueblo y Revolución. pp. 3-73.

Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana (2019). *La participación. Diálogo y debate en el contexto cubano.* La Habana: CIDC.

Colectivo de autores (2003). *Manual de Capacitación Popular en Promoción y Educación para la Salud.* La Habana: Editora Política. 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.

Martínez Calvo, S. (2020). *Análisis de Situación de Salud.* 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/analisis-de-situacion-de-salud-una-nueva-mirada-tercera-edicion/

Martínez Calvo, S., Pría Barros, M. C. (2014). Análisis desituación de salud. En: AlvarezSintes y cols. (2014). *Medicina General Integral.* 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 665-675. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-salud-y-medicina-volumen-iii-tercera-edicion/

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2021). *Objetivos de trabajo del Minsap para el 2021.* La Habana:Minsap.

Yépez, P., Alvarez Sintes, R., Barcos Pina, I. (2020). Una visión salubrista de la convergencia estratégica para la agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. *RevCub. Salud Pública,* 46(1). Recuperado de: http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1644

Capítulo 80
Técnicas participativas en el análisis de la situación de salud

María del Carmen Amaro Cano

El análisis de la situación de salud (ASIS) es la investigación clínica, epidemiológica y social más importante que se realiza en el sector de la salud, y como se aplica en la atención primaria de salud, se hace necesario que los médicos y enfermeras de familia actualicen sus conocimientos acerca de la metodología de la investigación y de los diversos métodos, tanto cuantitativos como cualitativos, especialmente las técnicas participativas que se utilizan.

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 su esencia y sus interrelaciones.

Las técnicas de investigación constituyen la táctica, es decir, los procedimientos que se utilizan para recolectar, procesar y analizar los datos referentes al fenómeno que se pretende estudiar.

El método científico contiene pasos o etapas muy bien definidas:

- Observación. Proceso mediante el cual se dirige o enfoca la atención hacia algunos fenómenos específicos de la realidad. Se aplica, normalmente, cuando existe una situación problemática (incongruencia entre lo que existe y lo que se piensa o se cree que debe existir) y dentro de ésta 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 o ideal de lo que debe ser.
- Hipótesis. Duda o cuestionamiento realizado frente al problema, o la explicación a priori de sus posibles causas.
- Demostración. Proceso mediante el cual se somete a prueba la hipótesis, a través de un experimento o investigación no experimental.

La metodología puede ser cuantitativa o cualitativa, según se desee medir la magnitud del impacto del fenómeno que se quiere estudiar o caracterizar y las complejas relaciones entre los significados personales y sociales, las prácticas individuales y culturales y el entorno material o contexto en que se establecen esas relaciones.

El estudio de investigación puede clasificarse según el objetivo general y el alcance de los resultados. En este sentido los tipos de estudio pueden ser:

- Observacionales. Se realiza la observación detallada de los cambios producidos en el fenómeno, en un tiempo y en un espacio previamente determinado, sin hacer nada para modificar o controlar dichos cambios.
- Descriptivos. Es la caracterización de la población estudiada, la magnitud del problema, su prevalencia, proporción y los factores asociados.
- Analíticos. Se analiza la causa o factor de riesgo ante un fenómeno.
- Experimentales. Es el estudio de la eficacia y efectividad de un medicamento o técnica quirúrgica muy utilizado en las ciencias naturales y, especialmente, en las biomédicas.
- De intervención. Se investiga la eficacia, eficiencia, efectividad de las acciones, el efecto de nuevas modalidades educativas, administrativas o de prestación de servicios. Es un tipo de estudio muy utilizado en las investigaciones de sistema y servicios de salud.

En dependencia del tipo de estudio que se realizará y en correspondencia con el objetivo general de la inves-

tigación (qué se investigará) se hace la selección de la técnica o procedimiento (cómo se investiga).

Las técnicas o procedimientos de investigación se clasifican en cuantitativas y cualitativas. Las primeras son indispensables en los estudios descriptivos y experimentales, 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.

En la actualidad, la mayoría de las investigaciones, tanto las que estudian fenómenos de la naturaleza, como de la sociedad y del pensamiento, hacen uso de ambas metodologías, asignando el protagonismo a una u otra, según el objetivo general de la investigación

Técnicas cualitativas

En las investigaciones cualitativas el investigador busca respuestas a sus interrogantes acerca del mundo real. En el proceso de investigación recoge lo que ve, oye y lee de personas y lugares y de acontecimientos y actividades.

Algunas de las principales características de la investigación cualitativa son:

– Busca respuesta acerca de por qué, cómo y en qué circunstancias sucede el fenómeno que se pretende estudiar.
– Busca una comprensión profunda del fenómeno.
– Penetra en los significados de las decisiones y acciones.
– Involucra a los sujetos participantes en el estudio como participantes activos.

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, aportan profundidad a la comprensión de las respuestas de las personas acerca del objeto o sujeto de estudio de la investigación, están dirigidas al descubrimiento. En resumen, intentan responder al por qué. Son 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 realizada, casi siempre, con grupos pequeños de personas que no son seleccionadas sobre la base de la probabilidad. En ningún caso se trata de extraer conclusiones firmes ni generalizar los resultados.

Caracterización de las técnicas cualitativas:

– Pueden ejecutarse y analizarse sin elaboración automática de datos.
– Contribuyen a la modificación del proyecto de investigación durante su curso.
– Facilitan la interacción permanente con la muestra de población seleccionada y experimenta con ella.
– Se realizan sin el auxilio de computadoras u otras instalaciones técnicas y su uso es menos costoso que las técnicas cuantitativas.

Los principales problemas del uso de las técnicas cualitativas son:

– Su elección inadecuada, es decir, hacer uso de ella cuando sería mucho más apropiado utilizar una técnica cuantitativa. Es el mayor de todos.
– 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 no ser estructuradas deja tan en libertad al investigador que puede afectar su disciplina e incluso que este deje a un lado importantes aspectos del estudio por falta de profundidad en los análisis.

Tienen cuatro formas generales de uso. Sus aplicaciones más frecuentes son:

– 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 los 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. 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.

Enfoque participativo. Tiene su basamento teórico en la necesidad de competencia entre los seres humanos y la lucha por el perfeccionamiento de su obra, e incluso la 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, el análisis no solo del contenido, sino del propio proceso de la identificación y solución de los problemas y lograr el consenso entre los participantes en el análisis. Se crea un ambiente de comprensión y cooperación y se potencializa 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 este debe ser pequeño (no más de 15 personas), no deben existir jerarquías, las respuestas que se ofrezcan no deben ser prefabricadas y tiene que favorecerse en todo momento la participación activa de todos los miembros del grupo. Para ello es preciso crear un clima de respeto hacia 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, el que debe hacerse por etapas.

Las técnicas cualitativas se han ido desarrollando y especializándose para responder a las necesidades de la investigación. Entre otras han surgido las siguientes:

Técnica escalonada: En esta 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 sensibles en sus vidas. Se ponen al descubierto cuestiones personales íntimas, que se convierten 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 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 currículo de estudios?

Técnicas proyectivas: Con estas se obtienen respuestas de una forma muy indirecta. Han sido concebidas con el objetivo de superar la incapacidad o duda de las personas para expresar sus verdaderos intereses, opiniones o motivaciones y en respuesta 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:
– 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.
– Dramatizaciones. Se pide al participante que dé las opiniones y asuma actitudes de otras personas.
– 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.
– De asociación. Se trata de asociar palabras y redactar frases en las que el participante dice la primera palabra o frase que le viene a la mente, en respuesta a las proporcionadas por el investigador.

Dinámica de grupo

El grupo es una unidad de inteligencia y acción, en él se produce el efecto sinergético, es decir, el todo es mayor que la suma de las partes. Cada uno de los miembros del grupo (las partes) tiene la libertad de ejercitar sus capa-

cidades 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.

Las técnicas de dinámica de grupos están centradas en los siguientes objetivos:

– Generar ideas.
– Organizar las ideas.
– Acumular en un breve periodo de tiempo un número grande de ideas.
– Organizar, estructurar y categorizar las ideas hasta lograr un producto elaborado.
– Alcanzar consenso.
– Reducir las opciones de solución hasta llegar a aquellas que todos están dispuestos a aceptar.
– Estimular la creatividad.

Entre las técnicas más conocidas y 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.

Cada una de estas técnicas de dinámica de grupo 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 y en el que, en no pocos casos, desconocen o disponen de poca información. Se hace necesario extraer conclusiones de las intervenciones de los participantes o se necesita orientar el análisis hacia algunos aspectos específicos. Las entrevistas a fondo o en profundidad han sido utilizadas por el médico, desde tiempos inmemoriales, como parte de la anamnesis.

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.

La matriz DAFO es la técnica más útil 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 y las internas y externas.

Las técnicas participativas son técnicas de identificación, de aproximación, de priorización y de análisis de las posibles soluciones a los problemas, además de las que requieren de la opinión de expertos.

Técnicas de aproximación a los problemas

Estas técnicas participativas buscan fomentar en las personas la adquisición de conocimiento (intuitivo y racional) de diferentes y variadas formas, para que así puedan tener una visión más amplia de la realidad.

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. Se llama "observación participante" cuando el investigador forma parte del grupo de trabajo o de la situación real que se pretende observar.

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 a la forma en que se actúa o se cumple con determinada etapa de un proceso.

Como toda técnica cualitativa, junto a las enormes ventajas que tiene, también deben enfrentarse algunas desventajas, tales como el posible sesgo subjetivo del investigador o la extrema libertad en que éste se encuentra, por lo que resulta imprescindible preparar previamente una estudiada guía de observación que reduzca al mínimo estas posibles desventajas de la técnica.

En medicina 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, muchas inútiles, mientras que están ausentes las más importantes en relación con el fenómeno que se está estudiando.

Un buen ejemplo de guía de observación para lograr información necesaria y útil para el proceso que se estudia, previamente bien pensada, es la que se confecciona con el interés de observar cómo se manifiesta determinado factor de riesgo en algún grupo específico de población.

Por ejemplo, un 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. La posible guía de observación sería:

– Conocer qué cantidad de 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.
– Determinar cuántos, entre los más fumadores, tienen manifestaciones de obstrucción respiratoria.
– Determinar cuántos de los más fumadores están por debajo del peso correspondiente a su estatura.
– Determinar cuántos, entre los más fumadores, dejan de ingerir alimentos en su turno de labor.
– Determinar cuántos de los más fumadores se quejan de cansancio al caminar.
– Conocer si estos profesionales fuman 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 a fondo, como también se le llama, es, ante todo, un diálogo que se desarrolla según algunos parámetros:

– Cierto 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.
– Cierto diseño previo que incluye marco, objetivos y límites de la utilización de este instrumento metodológico.

Las entrevistas a fondo individuales 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 éste pueda:

– Recibir las informaciones con el mayor grado de exactitud posible. Deberá evitar:
  • Hacer la entrevista si está cansado o irritado.
  • Estar prejuiciado con las respuestas.
– Recordar exactamente la información. Debe evitar perder lo esencial, por lo cual solo se deben hacerse las anotaciones correspondientes a cuestiones fundamentales que trate el entrevistado.
– Evaluar críticamente la información. El entrevistador debe centrar la 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 la distingue de cualquier otro tipo de entrevista es que no se obliga al entrevistado a responder una serie rigurosa de preguntas prestablecidas, formales o estructuradas, sino que 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 a causa de:

– 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 definir previamente:

– Número requerido de grupos. Para determinar cuántos grupos se necesitan se deberá recopilar cierta información previa o generar hipótesis acerca del tema en estudio.
– Composición de cada uno (características).
– Dimensión (número).
– Marco espacial en el que trabajará.
– Asignación de asientos.
– Duración de la sesión de trabajo.

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 ejemplo, organizar dos grupos entre cada segmento importante de la población a estudiar (pacientes y familiares), si se considera que dichos segmentos son sustancialmente diferentes en actitudes o comportamientos en relación con el tema tratado (Ej.: 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 para el debate.
– Organizar grupos hasta que la información obtenida deje de ser nueva. Se hace hasta que el resultado concuerde, 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, 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 la de favorecer una mejor dinámica de grupo.
– Nivel de experiencia. Las diferencias en el nivel de conocimientos o experiencia pueden afectar grandemente las 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 deberían 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.

En cuanto a la determinación de la dimensión del grupo focal, tradicionalmente se han aceptado de ocho a diez participantes, pero actualmente existe la tendencia a formar 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 a discutir entre sí, mal hábito que se produce en grupos grandes.

La determinación del marco espacial para el trabajo del grupo, los locales donde sesionará el grupo, deberá respetar los criterios siguientes:
– Permitir un ambiente privado, fuera de la observación de personas ajenas al grupo.
– Tener una buena acústica, sin ruidos, en el que todos puedan escucharse sin necesidad de elevar el tono de la voz.
– Ser cómodo, ventilado, con buena iluminación, con asientos confortables.
– Ser ambientes neutros, no demasiado protocolares, los que pudieran inhibir las respuestas de los participantes o animarlos a responder de forma "socialmente deseable".
– Ser de fácil acceso para los participantes.

Si es posible, sería conveniente seleccionar un ambiente en el que pueda estar 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.

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.

Por último, la sesión no deberá exceder las dos horas. Si resulta imprescindible se podría organizar otra sesión.

Elaboración de la guía de temas. Esta guía 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 y 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, porque ello estará indicando que la investigación no se concentró lo suficiente o que, quizás, se 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 con grupos focales. Muchas técnicas de debate con grupos focales han evolucionado en correspondencia con los diferentes métodos utilizados en la moderación, las diferencias funcionales del grupo, las diferencias estructurales y la variedad de mecanismos que se han formulado para responder a las necesidades específicas en materia de información.

En la moderación se destacan dos aspectos principales:

– La técnica de interrogatorio, que puede ser:
  - Directiva. Utiliza preguntas dirigidas y limita muy hacia lo específico 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, como es el caso de 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 la indagación, lo cual facilita la comparación entre las respuestas de los diferentes grupos.
  - Semiestructurado. La guía de temas no cuenta con áreas específicas.
  - No estructurado. Se plantea una sola pregunta o tema correspondiente al problema de investigación y el grupo 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, de forma detallada y en su propio lenguaje, sus comportamientos en la vida real y en la toma de decisiones.

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 estilos adoptados es importante recordar que el moderador no es maestro ni juez y no tiene porqué 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 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 se pueden expresar ideas, conceptos y 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, se pide a los participantes que soliciten la palabra, hablen uno a la vez y eviten interrumpirse o expresar "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 les solicita a todos que se vayan presentando, como hizo al principio el moderador, con lo cual se da inicio a la primera etapa.

Primera 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 interactuación. En esta etapa el moderador solo actúa para obtener mayor claridad y comprensión de las respuestas antes de pasar a la etapa siguiente.

Segunda etapa. Contenido del debate a fondo y concentrado: Se pasa 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 consideran necesaria o no la asignatura Medicina General Integral en el currículo del médico?) al debate de las actitudes, sentimientos y creencias (¿qué les inspira la asignatura? ¿qué les gusta de ella? ¿qué les disgusta? ¿por qué? ¿por qué la creen necesaria o innecesaria?).

En esta fase el moderador debe sondear en profundidad, para ello debe escuchar atentamente lo que dice

cada participante, utilizar una 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 hacer sondeos con palabras clave, por ejemplo, en el caso en que se dice que repite cosas de otras asignaturas, entonces conviene preguntar ¿en qué aspectos se repite? o ¿cómo sabe que se repiten? Otro procedimiento sería utilizar la técnica de la tercera persona y decir: "usted parece tener una opinión muy arraigada sobre esta cuestión, ¿qué le parece si vemos qué piensan otros?"

En esta etapa el moderador debe demostrar flexibilidad al tratar cuestiones pertinentes para el tema, aunque no aparezcan en la guía temática, 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.

Tercera etapa. La clausura: Consiste en resumir y recapitular los temas que identifican al grupo. Aquí puede 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 puede ser apropiado indicar las diferencias fundamentales afloradas 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 la sesión de trabajo. Ello permite a los participantes aclarar o modificar sus posturas y añadir cualquier otra idea que puedan tener sobre el tema. El moderador somete a prueba sus conclusiones para comprobar si son apropiadas y exactas.

Problemas que pueden ocurrir en los grupos focales para los cuales el moderador debe estar preparado:

– Sesión en grupo conforme a la mayoría. Se expresan de acuerdo con lo que ha dicho la mayoría. La estrategia sería:
  - 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 de participación. Puede deberse a varios factores: haber sido presionados a participar, considerar intimidante o poco interesante la cuestión o porque el moderador no esté dando el ambiente de flexibilidad y libertad o, por el contrario, sea excesivo, o el tono del moderador sea demasiado formal o artificial. La estrategia a seguir sería animar a los participantes utilizando técnicas proyectivas o confrontando sus opiniones. En algunos casos es necesario tomar un breve descanso para recomenzar y utilizar otro punto de partida.
– Problemas especiales de los participantes. Pueden darse diferentes casos:
  - El dominador. Inicia las conversaciones, defiende su postura, busca influencia entre los otros.
  - El tímido. No piensa que sus opiniones son valederas, duda en hablar.
  - El experto. Aun cuando no esté tratando de dirigir al 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 ninguna respuesta, tales como "no sé", "dudo mucho que esto sea así".
  - El confuso. Parece confundido o abrumado por el grupo y lo expresa de manera verbal o extraverbal.
  - 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 con respecto a los restantes miembros del grupo.

Elaboración del informe del grupo focal. Para elaborar el informe de la sesión del grupo focal el investigador deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

– Antecedentes de la investigación.
– Objetivos específicos que persiguió la utilización de la técnica.
– Fundamentación del diseño seleccionado (dentro de la técnica del grupo focal).
– Análisis de contenido relacionado con el debate en el 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. Deberán extraerse frases al pie de la letra que representen óptimamente cada postura.
– Síntesis del debate. Se identifican los "elementos constantes" en cada área temática, según el análisis de contenido realizado; se amplían y esclarecen esas "constantes" tomando como base otros resultados, es decir, interpretándolos. Hay que identificar las diferencias y divergencias en cada área temática y 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.

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 para que los participantes puedan 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 10 min.
– El volumen del material de estímulo no es extenso.

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, 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

Este grupo de técnicas, también participativas, promueve el análisis de las diferentes situaciones y condiciones presentes en la vida de los participantes y de la comunidad y con el que pueden visibilizarse los posibles problemas y la relación entre ellos.

Tormenta de cerebro o de ideas (*brainstorming*). Es la técnica participativa más fácil y de mayor uso. Además de constituir una técnica en sí misma sirve como primer paso de muchas otras técnicas participativas. Se centra en la generación de ideas y tiene como objetivo acumular, en un breve tiempo, la mayor cantidad de ideas. Sus principales reglas son:

– Todos tienen igual derecho de participación, no se reconocen niveles jerárquicos.
– Todas las ideas son válidas.
– Nadie tiene que explicar o argumentar sus ideas.
– Nadie tiene derecho a discrepar de ninguna de las ideas expuestas.
– Como ya se expresó, hasta ahora se planteaba que el grupo no debía tener más de 10 a 15 personas, pero en los últimos tiempos se ha insistido en la conveniencia de no sobrepasar la cifra de siete a 10, para que haya tiempo suficiente y cada uno de los participantes pueda expresar libremente sus ideas. Estas ideas no deben repetirse, aunque pueden existir 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.

Primera etapa. Esclarecimiento: Se explicarán los objetivos de la técnica y las reglas de su desarrollo. El facilitador deberá explicar que todos pueden expresar sus

ideas sin temor a que sean evaluadas por los demás y tampoco deberán evaluar las ideas de los otros. Insistirá en que se trata de perfeccionar las ideas de los otros, 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. Igualmente deberá advertir que las intervenciones deben ser muy breves (no más de 5 min).

Segunda etapa. 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 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, por ejemplo ¿a qué creen ustedes que ello se deba? En esta respuesta ya podrá aparecer una frase corta, no solo una palabra. Al finalizar la ronda, advertirá a los participantes que ya que están entrenados en la modalidad de la técnica y pasarán a debatir el tema que les ocupa. Esta etapa debe durar entre 10 y 15 min.

Tercera etapa. Preparación: Del propio grupo se selecciona un registrador o relator, quien deberá escribir en una pizarra o papelógrafo las ideas que vayan expresando los participantes, tal como las expresen.

Cuarta etapa. Generación de ideas: El facilitador o moderador, encargado de mantener el orden en el uso de la palabra y lograr que se cumplan las reglas establecidas para el 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.

Quinta etapa. 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 repetidas, eliminará las inservibles y unirá en una sola idea aquellas que así lo requieran, perfeccionando los planteamientos dudosos.

Sexta etapa. Identificación de problemas: Con la resultante del trabajo de depuración anterior se tratará de expresar claramente cada una de las ideas emitidas, las que se escribirán nuevamente, quizás mejorando la redacción o adecuando la palabra que mejor exprese el sentido, se someterá cada una de ellas a la aprobación del grupo de manera que queden bien explícitos los problemas identificados.

Grupos nominales. Esta técnica 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, o sea, para destacar los aspectos más importantes del tema objeto de estudio. Las reglas son exactamente las mismas en ambas técnicas e igualmente hasta hace muy poco se admitían grupos de entre 10 y 15 personas, pero lo conveniente es no sobrepasar las siete a 10 personas.

Primera etapa. Esclarecimiento: Se explicarán los objetivos de la técnica y las reglas de su desarrollo.

Segunda etapa. Calentamiento: El facilitador lanza una pregunta acerca de un tema que resulte próximo al que realmente se quiere tratar con 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. 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. Alertará a los participantes sobre la conveniencia de evitar la repetición de ideas ya expresadas para ganar tiempo en la aplicación de la técnica. Inmediatamente hará una ronda completa para que cada uno de los participantes exprese en alta voz la primera idea que ha 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 y pasarán a debatir el tema que les ocupa. Este proceso deberá durar entre 10 y 15 min.

Tercera etapa. 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 vayan expresando.

Cuarta etapa. 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.

Quinta etapa. Registro de ideas: El facilitador solicitará al relator que vaya escribiendo las ideas de cada participante (en cada ronda los participantes podrán expresar solo una de las ideas que tienen escritas en su papel) y se harán tantas rondas como sean necesarias.

Sexta etapa. 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.

Séptima etapa. Selección de las ideas comunes: El facilitador, con la ayuda del relator, revisará las ideas escritas en la pizarra o papelógrafo cada vez que termine una ronda, e irá tachando las ideas repetidas, uniendo en una sola aquellas que puedan expresarse unidas.

Octava etapa. Votación: Con la resultante del trabajo de depuración anterior, cada participante seleccionará un número determinado de ideas, las que considere más importantes (cinco o seis). El registrador irá marcando con una cruz 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. Las personas integrantes de una comunidad pueden con su utilización, identificar sus necesidades o problemas y se sienten, desde ese momento, responsables y partícipes en la toma de decisiones, también pueden 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 (seis personas) sobre un tema sugerido por el moderador.

Descripción de la técnica:

- En cada subgrupo se selecciona un coordinador para hacer 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 los 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

Estas técnicas participativas promueven el análisis de las diferentes situaciones problemas de la comunidad e identificar sus causas y relaciones.

Técnica de Ishikawa o espina de pescado. Es una de las técnicas participativas que se utilizan para identificar problemas y sus causas, internas o externas. Es de fácil manejo para el moderador del grupo. En esta técnica participativa, como en otras, se recomienda que el grupo no exceda de siete o 10 personas, para lograr una verdadera calidad del debate de las ideas.

El nombre de la técnica proviene de un gerente administrativo de origen japonés, especialista en *marketing*. Su sobrenombre está dado porque el diagrama que utiliza se asemeja al esqueleto de un pescado.

Descripción de la técnica:

- Primero. El moderador explica el tema que quiere debatir con el grupo y 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: los participantes sí pueden argumentar o explicar su propuesta.

– Segundo. El moderador deberá hacer el gráfico del esqueleto del pescado en la pizarra o papelógrafo destinado a recoger la información del debate grupal.
– Tercero. En el gráfico del esqueleto de pescado se han utilizado diferentes asignaciones a la cabeza, la cola y las espinas superiores e inferiores. 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.
– Cuarto. En el esqueleto que se utiliza en este ejemplo (fig. 80.1), simbolizado con una flecha horizontal, el extremo derecho se identifica con la cabeza del pescado y en ella se escribe el problema que se ha identificado. En el extremo opuesto, el izquierdo, donde estaría la cola del pescado, se escribe 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.

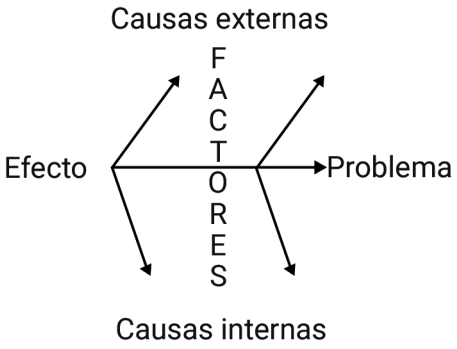


Fig. 80.1. Técnica de Ishikawa o espina de pescado.

Técnicas para priorización de problemas

Método de Hanlon. La técnica conocida como método de Hanlon es una técnica o instrumento que resulta de utilidad para la priorización de los problemas sobre los que exista buena disponibilidad de información estadística, sobre su prevalencia, los recursos materiales y financieros necesarios y disponibles, las opiniones de todos los actores involucrados, etc.

Descripción de la técnica: Primero 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 subjetividad de cada integrante.

Esta técnica se basa en cuatro componentes esenciales:

– 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, de 5000 a 49 999 = 8, de 500 a 4999 = 6, de 50 a 499 = 4, de 5 a 49 = 2, de 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, a esta última puntuación corresponde el problema más severo.
– Resolutividad del problema (componente C): Se debe dar respuesta a la pregunta de si el problema puede resolverse con los medios y los conocimientos disponibles. 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.
  • 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 siguiente: puntuación de prioridad = (A + B) C x Dw

Técnica de ranqueo. Esta es una técnica participativa que se utiliza para priorizar problemas previamente identificados. Los problemas identificados pueden ser muchos y no es posible emprender la solución de todos al mismo tiempo, por lo que resulta imprescindible saber las prioridades para darles 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 los de 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.

Descripción de la técnica:

– Primero. 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.
– Segundo. El moderador o facilitador del grupo sumará los valores que ha dado cada uno de los integrantes del grupo nominal a cada uno de los criterios seleccionados.
– Tercero. 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.
– Cuarto. 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.
– Quinto. Los problemas se ubican comenzando por el de mayor puntuación y terminando por el que posee la menor, 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

Como su nombre lo indica, este grupo de técnicas participativas están diseñadas para intentar analizar todas las variables que actúan sobre el problema identificado y buscar las posibles soluciones.

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 los campos de fuerza, sistematizando la búsqueda de alternativas de solución a los problemas identificados. Esto 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 y 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.

Descripción de la técnica:

– Primero. Lluvia o tormenta de ideas para la determinación de las fuerzas actuantes con un grupo de siete a 10 personas con 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.
– Segundo. 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).
– Tercero. 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.
– Cuarto. 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?
– Quinto. 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. Por 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 cervicouterino en ese consultorio?

Esta manera de formular la posible solución promueve la búsqueda de elementos que contradicen el sentido común, pero que, generalmente, contribuyen de manera eficaz al éxito en la solución del problema planteado. Se enfoca el problema desde un prisma diferente y se enriquece la experiencia del investigador a la hora de enfrentar la realidad.

Descripción de la técnica: Se inicia con la aplicación de la tormenta de ideas. Se deben obtener un grupo de ideas que serán evaluadas posteriormente en el propio colectivo. Utilizando el mismo ejemplo, algunas de las ideas podrían ser:

– Desestimular al médico general básico sobre el trabajo de la atención primaria de salud.
– No estimular la superación profesional de la enfermera, especialmente en los temas relacionados con la atención primaria de salud.
– Descuidar la ubicación del instrumental y material estéril necesario para la obtención de muestras para la citología vaginal.
– No realizar actividades de divulgación entre la población femenina del consultorio del médico de familia 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.

Para 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 y así evitar que la actividad fracase. Por 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 cervicouterino, grados y consecuencias, años de vida potencialmente perdidos que pudieron ser evitados con una acción efectiva en la atención primaria de salud.

- 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 cervicouterino.

– 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. 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 otras personas puede ser distinto e igualmente válido.
– Aplicar la técnica de "campo de fuerzas", que consiste 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.

La información 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.

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. El objetivo del estudio sería conocer si los profesionales sanitarios tienen adecuado nivel de competencia y desempeño.

Descripción de la técnica:

– Formulación de las preguntas:
  - ¿Qué conocimientos sobre la atención primaria de salud considera usted que son 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. Junto a la carta de presentación del estudio se remitirán las preguntas, 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 y se pide la priorización de los 10 que consideren 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 porciento de acuerdo con los diferentes contenidos, habilidades y formas de evaluación.
– Envío del tercer cuestionario. Se elaborará una tabla con la media de la puntuación obtenida a través de los resultados extraídos de la priorización, incluyendo 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.
– Elaboración del sistema de evaluación de la competencia y el desempeño. Se confecciona la guía para evaluar la competencia y el desempeño de los profesionales de la salud que laboran en la atención primaria de salud y se publicará la fecha y el 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 son imprescindibles en toda investigación en la que participen sujetos humanos. 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.

Es preciso esclarecer primero algunos aspectos conceptuales:

- Cuando se dice "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 a 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 engendran 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 al ser humano como el valor fundamental, entonces un principio ético insoslayable es el respeto a su dignidad (dignidad es el derecho a ser respetado). 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 esto último expresa que se les trata como objetos y no como sujetos.
- Respetar la dignidad de los sujetos participantes en una investigación científica implica explicarles a los participantes:
  - ¿Qué es lo que se pretende investigar?
  - ¿Por qué se investiga?, ¿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?
  - Muy especialmente, ¿cómo se va a investigar?, cuáles son los métodos, técnicas e instrumentos que se utilizarán 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, familias, comunidad a la que pertenecen, país o la humanidad. Esta información debe llegar de manera clara y comprensible, con los posibles riesgos y los medios y recursos existentes para controlarlos y enfrentarlos si se producen, y con la correspondiente indemnización material.
  - Asegurarles la confidencialidad de los datos aportados y la salvaguarda de su identidad.
  - 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.

La aplicación de las 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 del 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. Las técnicas de entrevistas surgieron del psicoanálisis.

De este modo, una disciplina sociomédica como la Medicina General Integral está obligatoriamente 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 un nivel de frecuencia (¿cuántos?, ¿con qué frecuencia?), 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 del problema. 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*. La Habana: Universidad de La Habana.

_____ (2001). Aspectos históricos y éticos de la publicación científica. *Rev. Cub. de Enfermería.* sept-dic.

_____ (2005). *Las técnicas cualitativas de carácter participativo en la investigación científica.* Editado en CD-ROM. Maestría de Salud Pública. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

_____ (2006). Reflexiones éticas sobre la investigación científica en biomedicina desde el prisma de la universidad médica. *Rev. Cub. Invest. Biom.* 25(1).

Artiles Visbal, L. (2009). *Metodología de la investigación para las ciencias de la salud.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvs-cuba.sld.cu/libro/metodologia-de-la-investigacion-para-las-ciencias-de-la-salud/

Assman, G., Stollberg, R. (1986). *Principios de Sociología Marxista-Leninista.* La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.

Bacallao, J., Alerm, A., Artiles, L. (2002). *Texto básico de la investigación educacional.* Material didáctico de la Maestría de Educación Médica. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Colectivo de autores (s/f). *Metodología de la Investigación Social.* Facultad de Filosofía e Historia. Universidad de La Habana.

_____ (1998). *Los métodos participativos: ¿una nueva concepción de laenseñanza?* La Habana: CEPES.

_____ (2003). *Metodología de la investigación educativa: desafíos y polémicas actuales.* La Habana: Editorial Félix Varela.

Fernández Caballero, E. (1993). *La dirección estratégica en la APS*. La Habana: Facultad Salud Pública.

Ilizástigui Dupuy, F. (2000). El método clínico: muerte y resurrección. *Rev. Cub. de Educación Médica.* 14(2). p. 109-27.

Lolas, F., Quezada, A., Rodríguez, E. (eds.) (2006). *Investigación en salud. Dimensión ética.* Universidad de Chile: CIEB.

Machado Bermúdez, R. J. (1988). *Cómo se forma un investigador.* La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.

Ochoa Soto, R., Castanedo Rojas, I., Cobas Selva, M. (1997). *Promoción de Salud*. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Pick de Weiss, S., López Velazco, A. L. (1998). *Cómo investigar en ciencias sociales.* México: Trillas.

Polit, D. (1991). *Investigación científica en ciencias de la salud.* México: Interamericana McGraw Hill.

Ribes, E. (1993). La práctica de la investigación científica y la noción de juego del lenguaje, *Acta Comportamentalia,* Vol. 1, Núm. 1, pp. 63-82.

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., García Jiménez, E. (2004). *Metodología de la Investigación cualitativa.* La Habana: Editorial Félix Varela.

Silva Ayçaguer, L. C. (1991). La formulación de problemas de investigación en salud, *Rev. Cub. Cardiología y Cirugía Cardiovascular.* 5(1) 64-71.

Capítulo 81
Trabajo comunitario integrado

Rafael Borroto Chao y Roberto Alvarez Sintes

En los objetivos de trabajo del Partido Comunista de Cuba, aprobados por la Primera Conferencia Nacional en el 2012, se plantea: "Objetivo n.º 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 76, "Participación comunitaria, social y popular" se señaló el papel de la nueva Constitución de la República, se estudió el término comunidad y se evidenció 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 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 y el control del desarrollo de la actividad relacionado con dichas políticas.

La 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 como la salud, la educación, la cultura, el deporte, la educación física y la recreación. Todas integran una unidad y exigen un esfuerzo de cooperación.

La comunidad se plantea como una cuestión de importancia 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. Un peso fundamental recae 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 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.

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.

Lugar y papel de las comunidades en Cuba

La década de los 90 del pasado siglo xx marcó significativos cambios en los ámbitos económicos y políticos, a escala mundial. Esto 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 del 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 república resumida en la frase de José Martí "Con todos y para el bien de todos".

La coyuntura se produjo precisamente cuando Cuba se encontraba inmersa en el 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, 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 representaba una ruptura con condiciones anteriores, resultando en 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, que 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

La población cubana, según estadísticas, se distribuye en 8002 asentamientos, de los cuales 7180, el 89 %, constituyen comunidades de menos de 1000 habitantes. El País posee 2981 UBPC, 1163 CPA, 2703 CCS, 406 empresas agrícolas y 157 centrales azucareros que hacen un total de 7410 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 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.

La respuesta práctica a este problema encuentra en la actualidad múltiples obstáculos materiales, objetivos y subjetivos. Entre ellos, la existencia de una cultura centralizada-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, lo que a su vez encuentra terreno propicio para su permanencia en el modo de "participación", enraizado y concebido como respuesta de "espera" por lo que se oriente y en un desarrollo sin creatividad, entre otros aspectos, en buena medida engendrados 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 objetivos y métodos, con características poco diferenciadas entre sí y relacionados con las especificidades de cada comunidad. Todo esto provoca a veces choques de acciones y una reducción de su efectividad (impacto que tiene el producto sobre la colectividad) y eficiencia (empleo racional de los recursos humanos, financieros y de 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.

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. 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 a 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 como la actividad económica, los problemas ambientales y los relacionados con la vivienda no son objeto de atención a este nivel o resultan tenidos en cuenta de forma insuficiente.

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 para el fortalecimiento que se persigue, 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 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. Es esencial 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.

Principios, métodos y objetivos

La comunidad constituye un sistema y puede ser analizada, por tanto, según diferentes dimensiones, las cuales son interdependientes. Su análisis está 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 alguna de las restantes dimensiones y para el sistema en su conjunto.

El objetivo central del trabajo comunitario integrado es 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 y 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.
– 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 la niñez, adolescencia y juventud, como factor social que impulse su activa participación.

El trabajo comunitario integrado comprende tres fases bien definidas e 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. 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 capacitación 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, dirigido sobre todo a generar un conjunto de esperanzas satisfechas que despierten la confianza de las personas en el trabajo comunitario, 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. Es un proceso permanente que se lleva a cabo, incluso, desde la elaboración del diagnóstico; se puede 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.
- Los valorativos, que reflejan las particularidades y los 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

Alvarez Sintes, R., Barcos Pina, I. (2004). Experiencia en el diseño y la ejecución del programa de formación de promotores comunitarios de salud en el contexto de la misión Barrio Adentro. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet];20(5-6). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500018&lng=es

_____ (2015). Estrategia metodológica para la formación de promotores comunitarios de salud. *Rev.Cub. Med. Gen.Integr.* [Internet];31(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200008&lng=es

Alvarez Sintes, R. (2005). *Salud Familiar. Manual del Promotor.* 2da. ed. Maracay: Ed. MSDS/IAESP/Misión Barrio Adentro/MES/Misión Sucre. Recuperado de: https://www.academia.edu/34531360/Salud_Familiar_manual_promotor

Arias, A. (2000). La instauración de los Consejos Populares en Cuba. Su relación con la democracia. En: *Democracia, derecho y sociedad civil.* La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.

Asamblea Nacional del Poder Popular de Cuba (2019). Ley Nº 132, de Organización y Funcionamiento de las Asambleas Municipales del Poder Popular. La Habana: ANPP; Disponible en: https://www.parlamentocubano.gob.cu/index.php/consejos-populares/de los Consejos Populares de Cuba. *Gaceta Oficial de la República de Cuba,* Edición Extraordinaria # 6, 25 de julio.

Asociación de Pedagogos de Cuba (1999). Propuesta técnico metodológica del sistema de planificación, monitoreo y evaluación. En: *Selección de lecturas sobre trabajo comunitario.* La Habana: CIE "Graciela Bustillos".

Borroto Chao, R. (2005). *Apuntes tomados en reuniones del Grupo Técnico Asesor de Trabajo Comunitario Integrado* [inédito], La Habana: CNPES.

Harnecker, M. (2009). *América Latina: Inventando para no errar.* Lección de clausura en la XXVI Semana Gallega de Filosofía. Pontevedra.

Martínez Calvo, S. (2020). *Análisis de Situación de Salud.* 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/analisis-de-situacion-de-salud-una-nueva-mirada-tercera-edicion/

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2021). *Objetivos de trabajo del Minsap para el 2021.* La Habana: Minsap.

_____ (2011). *Programa del Médico y Enfermera de la Familia.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

Partido Comunista de Cuba (2012). *Primera Conferencia Nacional del PCC. Proyecto Documento Base.* La Habana: Editora Política.

Capítulo 82
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 y que exige una estrategia intersectorial. Para realizar el 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 (véase el capítulo 17, "Promoción de salud", el capítulo 18, "Herramientas de la promoción de salud" y el capítulo 81, "Trabajo comunitario integrado").

Planificación

Para planificar el trabajo de educación para la salud se debe recurrir a la planificación por objetivos. El esquema se basa en una estructura teórico-metodológica y consta de cuatro fases:

– Concepción.
– Formulación.
– Implementación.
– Evaluación.

Concepción. Es la primera fase del proceso de planificación. 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 deben utilizar los métodos de análisis de problemas y objetivos, que 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. Se identifican conductas humanas sobre las 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 desean modificar. Esta es la etapa identificada como diagnóstico educativo.

Al concluir esta fase de concepción, será necesario identificar los canales y los 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 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:

– Analizar en detalle las conductas que serán modificadas: Factores externos (económicos, políticos, sociales).
– Factores internos: Al analizar las conductas en esta etapa, el médico de familia 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 sobre 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 en la 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, la que, entre numerosas posibilidades, 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 directa 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.
– Canales de comunicación:
  • Interpersonales.
  • Medios de comunicación masiva (véase el capítulo 19, "Comunicación en salud y técnicas de educación sanitaria").

Objetivos

Para el programa de intervención debe conformarse una jerarquía de objetivos, la 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, pues 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 qué 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, el conocimiento, la autoestima, la 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.

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 mensajes por esa población objetivo.

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 sobre para el diseño de los mensajes 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 de formulación del mensaje. Los resultados del ensayo previo pueden indicar que se debe hacer 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 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. Todas las intervenciones educativas realizadas con la población deben ser coherentes.

Los mensajes deben ser diseñados en correspondencia con los objetivos establecidos durante la fase de concepción de la estrategia. Los resultados de las investigaciones hechas en esa fase serán también útiles para diseñar el mensaje. Para lograr un objetivo común se pueden emplear varios mensajes que se refuercen unos a otros.

Al diseñar un mensaje se deben tener en cuenta las sugerencias siguientes:

– Elaborar los mensajes breves y sencillos. Incluir solo 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 para 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 los 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 emplea 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 de un antes y un después. 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 comuni-

cación desde la etapa inicial. El análisis causal y la investigación preliminar son partes de la evaluación. También se puede abordar durante la fase de formulación.

Los conocimientos, actitudes y prácticas de la población objetivo tienen que ser medidos antes de la intervención para proporcionar una base de comparación posterior.

Programa educativo

El programa educativo consta de seis pasos o etapas:
– Diagnóstico.
– Objetivos.
– Estrategias.
– Recursos.
– Plan de acción.
– Evaluación.

Diagnóstico. La primera etapa de cualquier programa debe ser la definición del problema que se pretende solucionar o disminuir 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 cuáles factores se les dará prioridad para encaminar los esfuerzos y utilizar los recursos que se asignan al 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.

Deberán concurrir el propio delegado y administradores de los diferentes perfiles (reunión con participación intersectorial). De esta forma se aplica lo que aparece en la Ley 91, de los Consejos Populares sobre participación popular, la 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 a 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 periodo 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 para solucionar o aliviar el problema. Por lo general, esto se denomina formulación de objetivos.

Cuando se definan los objetivos para un programa educativo, siempre se deben formular aquellos que se desean lograr, hacerlo en términos precisos e indicar los resultados concretos que se esperan alcanzar.

Se recomienda utilizar la mejor manera de formular un objetivo, que es respondiendo a cinco preguntas. Así, en el objetivo para un programa educativo se debe definir:
– ¿Qué 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 %.

Existen diferencias entre un objetivo expresado en estos términos y la manera negativa en que se acostumbra a hacerlo, por ejemplo: "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 la diarrea", diga mejor "mencionar cuatro causas de aparición de la diarrea".

La medida que se propone para confirmar 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:
  • 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:
  • Den líquidos a niños 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:
  • 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. En este caso los verbos activos que indican acciones observables y mensurables pueden ser 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 al 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.

A partir de un problema diagnóstico se ejemplifica, a continuación, el procedimiento que debe seguirse para la determinación de objetivos del programa educativo comunitario.

Ejemplo:

– Problema diagnóstico. Mortalidad infantil de 16/1000 nacidos vivos, principalmente por diarreas.
– Comportamientos y causas culturales. Desnutrición, abandono de la lactancia materna y alimentación inadecuada.
– Objetivos. Lograr que el 60 % de la niñez nacida entre enero y diciembre de 2012 en la comunidad X sea amamantada.
– Indicadores de evaluación:
  • Censo de mujeres en edad reproductiva.
  • Número de niños amamantados 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 los recursos humanos y materiales necesarios para la solución de los problemas de salud. Estos pueden estar disponibles o no, existir o no o, aunque existen no se utilizan.

Estos recursos pueden ser de varios tipos:

– 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.
- Institucionales:
  - Casas de cultura.
  - Centros de recreación y deportivos.
  - Salas de vídeo.
  - Centros escolares.
  - Centros laborales.
  - Instituciones infantiles.
  - Otros.
- De tiempo: horas, días, semanas, meses.
- De conocimientos:
  - Respecto a la comunidad.
  - En relación con la materia que se ha de enseñar.
- De destreza:
  - Habilidades prácticas.
  - Psicomotoras.
  - De comunicación.
  - De liderazgo.

Plan de acción. El quinto paso de un programa educativo es desarrollar un plan de acción para llevar 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. A esta etapa se le debe llamar diseño de la evaluación y no simplemente evaluación. La evaluación debe ser parte de todo el programa y no algo que se realiza independiente de las demás etapas.

El diseño de la evaluación establece un sistema para suministrar 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 una actividad analítica. Su propósito es juzgar si los esfuerzos desplegados han tenido o están teniendo éxito.
- Tomar decisiones. Una vez que se tiene la información clara de cómo va el programa, debe decidirse 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.

Evaluación desde la educación popular

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 hagan operativos los criterios evaluativos.

Para ello, antes de iniciar la evaluación se debe:

- Seleccionar los criterios que pueden ser útiles en la evaluación, teniendo en cuenta el contexto, las características del grupo y las 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 los 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 se pudiera llegar en un 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 el fundamental objeto de evaluación y, al mismo tiempo, conducta y principio irrenunciable de 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 los 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 la hora de evaluar y una conducta que deben asumir 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 excusa de la responsabilidad colectiva de aportar saberes, pero con la conciencia de que se deben sumar otros saberes; el resultado siempre será inconcluso, a la espera del aporte de los demás.

El compartir la visión sobre conceptos claves 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 suponen 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 qué 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 es un proceso de diálogo, comprensión y mejora.

Criterios evaluativos

Se reconocen con el nombre de criterios evaluativos 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 genera debe ser educativo en su esencia y emocionalmente gratificante. Se enfatizará, por tanto, en la valoración cualitativa y no en la mera medición.

El proceso de identificación de los criterios evaluativos tiene 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 adiciona una descripción que explique las unidades de análisis o elementos que lo componen, rasgos o conductas que lo caracterizan, palabras claves para la reflexión. 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 y permitan la selección y adecuación al contexto, tanto de manera flexible como consensuada.

Clasificación de los criterios evaluativos:

– Procesos. Cuando promueven la valoración hacia el 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.

Criterios evaluativos del proceso

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, mantienen una relación que favorece construir y, además, ejercer el poder de una manera compartida.

Comunicación dialogada: Si se utiliza el diálogo como forma y esencia comunicativa entre las personas participantes, con buena escucha y con empatía. El proceso promueve el descubrimiento del yo en el tú, en un acercamiento hacia los sentimientos, las emociones, las actitudes, las expectativas y el comportamiento de los demás. La comprensión de la otra persona permite acercarse a la posición y puntos de vista de los demás y 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 y la evaluación.

Tolerancia y respeto a la diversidad: Si 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 u otros.

Participación: Si la persona que educa y el grupo de estudiantes respetan y promueven las posibilidades de participación, de opinar y decidir, sin discriminación alguna por concepto de género, raza, edad, desarrollo intelectual u otra condición social.

Relación afectiva: Si prevalece una relación respetuosa y de confianza mutua que favorece un clima de tolerancia.

Coherencia: Si 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 éticas y jurídicas, a la vez que se muestra la belleza que existe en la lucha ética. En el grupo se aprecian las características de honestidad, sinceridad y transparencia como diferencias de cualquier otra forma de dirigir la relación.

Objetivos para la formación y autotransformación liberadora. Los objetivos constituyen el elemento rector del proceso y se formulan como resultados esperados. Para su óptima calidad en un proceso de educación popular estos deben tener un carácter:

Liberador: Si aspira 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 persigue el fortalecimiento de convicciones, sentimientos y conductas de desarrollo humano, éticamente comprometidas con la lucha por un mundo mejor, más justo, equilibrado y ecológicamente sostenible.

Desarrollador de capacidades: Si se propone desarrollar habilidades para investigar la realidad, generar procesos de transformación y potenciar acciones desde la óptica de los más débiles.

Aumentar valores: Si tiende 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. Para ello deberá ser:

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: Cuando 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: Si 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 ha 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.

Flexible: Si permite ser modificado y enriquecido. Si es 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, por lo que deberá tener en cuenta:

Contexto y coyuntura: Si explora cómo se aprecia el tema o problema en el contexto local y en la situación en que se vive, así como la relación que guardan con el contexto nacional e internacional.

Subjetividad: Si favorece la expresión de criterios, percepciones, creencias, prejuicios, temores, sueños, aspiraciones y sentimientos sobre el tema de estudio de las personas participantes. Si reflexiona sobre la influencia que la cultura del grupo puede tener en esos criterios.

Accionar histórico: Si explora qué acciones, tanto sociales como 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, propicia una ampliación de los marcos de referencias y aparecen nuevos aspectos de estudio.

Participación: Si favorece la participación de quienes toman parte como investigadores durante el diagnóstico y se crean las condiciones que propician un real protagonismo en las decisiones y en el accionar investigativo.

La construcción colectiva del conocimiento. La educación popular rechaza la transmisión verticalista del conocimiento, por lo que 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 llegue 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 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 investigación, tanto en la práctica como en la teoría, diseñados y ejecutados en interacción grupal, como forma de profundizar en el tema. 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, coherente 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 al tipo de 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 y presentan propuestas de estructuración de grupos para la realización de nuevas acciones y transformaciones, en correspondencia con los cambios posibles jerarquizados.

Efectiva: Si identifican los líderes y asumen los roles que socialmente pueden inspirar e impulsar los procesos de transformación liberadora.

Planificada: Si 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. De forma coherente 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 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 valorase 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 se espera obtener, 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 estas han sido empleadas para integrar o animar el grupo. Si cada técnica ha respondido a una necesidad y se han utilizado oportunamente. El abuso de ellas puede debilitar sus ventajas y obstaculizar el buen desarrollo del proceso.

La calidad del medio: Si los medios que se utilizan:
– Promueven la reflexión en el destinatario del mensaje.
– Son claros, directos y sin ánimos de manipulación.
– Sus códigos refuerzan la identidad cultural.
– Expresan el compromiso político con los más necesitados.
– Son creativos.
– Son estéticamente buenos, 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.
– 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: Si es coherente con las características del contexto:
– 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 posibilitan 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. Es necesario considerar referentes para la evaluación como:

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.
– Si estimula a las personas que lo integran a comunicarse directamente y a establecer sus códigos, símbolos, reglas de disciplina y a que reconozcan y promuevan sus líderes.

Funcionamiento del grupo: Si existen tareas que conforman al grupo, lo ejercitan y lo desarrollan. Para asumir una tarea debe propiciarse primero la reflexión individual, después su discusión y análisis en un pequeño colectivo y, por último, su socialización en plenaria, pues esto amplía y fortalece el debate.

Diferenciación de roles: Si favorece la identificación de los diferentes roles por parte de las personas participantes y, además, los estimula a asumir, crear, desempeñar e intercambiar estos.

Atención a los conflictos: Si han podido convertir el conflicto en una oportunidad para desarrollar el trabajo grupal. 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 solo 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 permitan 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, con la que se enjuicia la cantidad y la calidad de los resultados alcanzados en cada actividad. Al finalizar el proceso se confrontan estos resultados con el diagnóstico inicial y los objetivos y metas trazados. Valorar la calidad de la evaluación significa atender a sus características:

Participativa: Si permite la autoevaluación y coevaluación; si se promueve que las personas participantes opinen sobre los resultados individuales, colectivos y sobre la calidad del proceso. Si se explora la opinión sobre la evaluación 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 solo conocimientos, habilidades y capacidades aprendidas, sino sentimientos, convicciones y grado de complacencia del grupo con el proceso vivido.

Clima distendido: Si la evaluación se ha desarrollado en un clima de alegría y confraternidad.

Estimuladora: Si se han reconocido éxitos y esfuerzos tanto individuales como colectivos.

Frecuente: Si se ha sometido a evaluación periódica el desarrollo del proceso y si se han registrado los resultados obtenidos en esas evaluaciones parciales.

Criterios evaluativos del resultado

Cada actividad dentro de un proceso educativo persigue resultados muy concretos, según los objetivos es-

pecíficos, y deben ser evaluados en cantidad y calidad; 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.

Cada proyecto o proceso alcanza, además, resultados más generales en correspondencia con los objetivos para los que se desarrolla, por lo que es necesario evaluar también los resultados, tanto cualitativos como cuantitativos, de forma participativa al finalizar el proceso.

Todos los resultados educativos, independientemente de la mayor o menor amplitud, refieren cambios individuales y grupales que pueden estar identificados en los objetivos, pero por lo general se logran muchos otros cambios no previstos, que también son importantes, por lo que no debe reducirse la valoración solo a los primeros.

La evaluación se ha ocupado por mucho tiempo de medir resultados 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 observaciones en los 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, por lo 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. Los resultados que se obtendrán serán diferentes en cada persona. Es por ello que se recomiendan explorar los siguientes aspectos para evaluar este proceso:

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 amplio, más profundo, más integral o hay otra visión diferente?
– Si existen otros conocimientos adquiridos sobre la realidad o contexto, sobre el grupo o sobre el propio individuo que no estuvieran previstos en los objetivos.
– En qué nivel se satisfacen las expectativas de las personas participantes.
– Si se 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; si 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. ¿Cuáles 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 se considera que ha habido cambios en la capacidad de interpretar el mundo y sus condicionamientos, los procesos políticos, el devenir histórico y su proyección liberadora. Si se ha creado o fortalecido una cultura política en las personas participantes y en el grupo.
– Ha ocurrido 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. Son elementos que en el desarrollo de la cultura artística se deben evaluar.
– Apreciar hasta qué 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. Hasta qué 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 esta.

– Si sienten cambios en la visión del cuidado y preservación de la naturaleza, del patrimonio cultural, de los recursos, y hasta qué 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. Es necesario valorar los cambios que se pueden haber producido, como resultado del proceso educativo, en el sistema de valores de cada uno de los participantes, 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 va experimentando cambios en su interacción que implican la creación de nuevos valores, el fortalecimiento de otros o el rescate de valores perdidos. Evaluar hasta qué 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 ellos con sus conductas, 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 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 reflejo de una complicada mezcla de concepciones, valores, sentimientos, tradiciones, hábitos, estados emocionales, en fin, es difícil establecer la relación de causas que provocan una conducta, pero esta es el efecto observable y, por tanto, valorar sus cambios es un 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 los cambios en los tipos de conducta:

Patriótica: Si muestran mayor interés por la información económica, política e histórica del país. Si se aprecia una actitud de defensa ante los hechos que ofenden, subestiman o agraden a la patria. Si expresan orgullo por su origen, ciudadanía e historia.

Ciudadana: Si expresan conductas de respeto y exigencia con el 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 demuestran 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 medioambiente, 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. Esto requiere de:

– Desarrollo de habilidades. Hay que explorar si han adquirido habilidades para:
  - La 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.

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

- Conducir procesos educativos con la metodología de la educación popular.

– Promover la autogestión participativa.

Criterios evaluativos del impacto

El siguiente nivel de evaluación que permitirá analizar los resultados y decidir la aceptabilidad del programa de comunicación en salud es el impacto, visto 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 pueden ser:

– 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 del 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.

La evaluación del impacto es llamada final o de producto porque enfatiza más en los datos y la información final obtenida. Por ejemplo, la 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, cuando se trabaja a más largo plazo se habla de evaluación de resultados en lugar de evaluación del impacto. Requiere mejor información y más precisa. Finalmente, los datos biológicos y médicos precisan analizarse en relación con el modo de vida de la población.

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, expresión que indica el empleo de información de resultados a muy corto plazo, desde días hasta 1 o 2 semanas, la 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 la información utilizadas, se podrá mejorar este sobre la marcha, paulatinamente, según las necesidades y deficiencias que se presenten y detecten cada día.

Bibliografía

Abreu Cervantes, A., Noriega Fundora, N., Pérez Inerarity, M. (2020). Diagnóstico de necesidades educativas para el envejecimiento activo en una comunidad. *RevCub. Salud Pública,* 46(2). Recuperado de: http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1164

Alvarez Sintes, R. (2020). Aportes a la promoción de salud desde Barrio Adentro, Venezuela. *Rev.Cuba. Med. Gen. Integr.*, 36(3). Recuperado de: http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1051

Asociación de Pedagogos de Cuba (1999). Proyecto de Programa de Trabajo Comunitario Integrado. En: *Selección de lecturas sobre trabajo comunitario.* La Habana:CIE "Graciela Bustillo". pp. 59-8.

Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (2003). *Manual de Capacitación Popular en Promoción y Educación para la Salud.* La Habana: Editora Política.

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.* Cali:Universidad del Valle.

Fernández Sacasas, J. A., Alvarez Sintes, R. (2004). *Carrera del Médico General Integral Básico.Reingeniería del Internado.* La Habana: Minsap.

Martínez Calvo, S. (2020). *Análisis de situación de salud.* 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/analisis-de-situacion-de-salud-una-nueva-mirada-tercera-edicion/

Martínez Calvo, S., Pria Barros, M. C. (2014). Análisis de situación de salud. En: Alvarez Sintes, R. y cols. *Medicina General Integral*. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 665-675. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-salud-y-medicina-volumen-iii-tercera-edicion/

Ministerio de Salud Pública (CUB) (2018). *Plan de Estudio de la Especialidad de Medicina General Integral*. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana: Minsap.

_____ (2011). *Programa del médico y enfermera de la familia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/

Yépez, P., Alvarez Sintes, R., Barcos Pina, I. (2020). Una visión salubrista de la convergencia estratégica para la agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. *Rev Cub. Salud Pública* [Internet], 46(1). Recuperado de: http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1644

ecimed PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Alvarez Sintes

Medicina general integral

Tomo I

Salud y medicina

Vol. 2

Medicina General Integral es una de las obras insignias de la Editorial Ciencias Médicas y de las más representativas de la medicina cubana. Para mayor realce, la publicación de esta cuarta edición coincide con tres momentos importantes para la especialidad: el 38 aniversario del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, el 27 aniversario de la titulación del primer especialista de segundo grado y el cumpleaños 21 de esta obra.

Como las ediciones anteriores, esta se sustenta en la concepción integral y científica del proceso salud-enfermedad, en busca de la unidad indisoluble de la medicina individual y la medicina social. Así, en esta nueva entrega que también se presenta en cinco volúmenes, el contenido se ha reajustado a las fronteras de la especialidad para facilitar su estudio. Sin dejar de seguir los principios de la medicina familiar, los temas se desarrollan según los objetos/sujetos de la profesión del médico general integral y se incorporan nuevos capítulos que dan respuesta a los principales problemas de salud y a otros elementos necesarios para el desempeño del médico en la atención primaria de salud.

Medicina General Integral recoge la experiencia de un colectivo de autores de diferentes especialidades, conducidos por el doctor Roberto Alvarez Sintes, quienes, en su mayoría, han combinado el ejercicio de la medicina general integral en Cuba y en el extranjero. Es una obra que no solo está dirigida a estudiantes y residentes de la especialidad, sino también a otros especialistas de las ciencias de la salud que se involucran a diario en la atención a las personas, las familias, las comunidades y el medioambiente.

ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

www.ecimed.sld.cu