

PONENCIAS

Estilos de vida y hábitos de la población. ¿Son saludables? ¿Se pueden modificar?

Moderador:

V. F. Gil Guillén

Médico de familia. Responsable de la Unidad de Investigación, Docencia y Práctica Clínica del Departamento 18 de la Comunidad Valenciana. Profesor titular y Director de la Cátedra de Medicina de familia y Comunitaria de la Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

Ponentes:

C. Cabezas Peña

Médico de familia. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

R. Ortega Sánchez-Pinilla

Médico de familia del Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo. Grupo de Trabajo semFYC de Actividad Física y Salud.

F. Pascual Pastor

Médico de conductas adictivas. Presidente SOCIDROGALCOHOL Comunidad Valenciana. Asesor técnico de la Federación de alcohólicos rehabilitados de España.

Estilos de vida

V. F. Gil Guillén

Maimonides en el siglo XII indicaba: «Vive cuerdamente pues solo uno de cada mil muere de muerte natural; el resto sucumbe a formas irracionales de vida».

Rene Dubos, comentó que para prevenir la enfermedad o para recuperar la salud, los hombres encuentran más fácil depender de los sanadores que intentar la tarea más difícil de vivir sabiamente.

Los hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol junto con los estilos de vida no cardiosaludables como el sedentarismo están fuertemente arraigados en nuestro país y en la actualidad ocasionan una morbimortalidad importante. De las muchas características que tienen en común los factores de riesgo mencionados, podemos seleccionar por su relación con nuestro trabajo asistencial las siguientes:

- Los EAP son los más preparados para realizar los procedimientos preventivos de estos 3 factores de riesgo y para convencer a sus pacientes sobre ciertos cambios de conducta. Los EAP que predicaran y practicaran hábitos saludables estarán más capacitados para fomentar la salud en sus pacientes.
- La base fundamental para modificar hábitos tóxicos e inactividad física es la educación sanitaria a través del asesoramiento con consejos que incluyan tanto información relevante como recomendaciones estructuradas relacionadas con la conducta de sus pacientes para reducir el riesgo de enfermedades o lesiones subsecuentes.
- La fuerza de las recomendaciones para llevar a cabo la prevención primordial, primaria y secundaria se basan en la buena calidad de la evidencia demostrando que resulta más beneficiosa que perjudicial.

Los EAP se plantean si es posible integrar las actividades preventivas en la práctica clínica. Debido a la presión asistencial y la falta de tiempo mu-

chos dudan si la consulta es el mejor sitio para favorecer cambios en los estilos de vida, dado que son un problema con excesiva prevalencia y los cambios de comportamiento son difíciles de conseguir.

Las intervenciones en APS sobre personas asintomáticas que fuman, beben o son sedentarias presentan las mejores eficiencias posibles. En el desarrollo de esta ponencia se van a analizar una serie de preguntas para evaluar críticamente todos los aspectos relacionados con estos 3 factores de riesgo. Se describen las intervenciones para conseguir el cambio de actitud en aquellos que se encuentren en fase pre-contemplativa y modificar el comportamiento en aquellos que estén en fase contemplativa, realización o acción en el modelo de cambio conductual de Prochaska y Di Clemente. Las cuestiones a desarrollar abogarán sobre si existen necesidades de formación, cual es la realidad asistencial, aspectos de coste, prevalencia y morbi mortalidad, recomendaciones, intervenciones y prioridades, los recursos mínimos necesarios junto con el análisis crítico de las evidencias disponibles.

Bibliografía

- Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F. Manual de metodología de trabajo en Atención primaria. Universidad de Alicante 1997.
- Lawrence RS, McGuinis JM. Guía para la asistencia clínica preventiva. 19997.
- Villar Álvarez F, Maques Galan A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Ortega Sanchez-Pinilla R, Vilaseca Canals J, Fores Garcia D, Banegas Banegas JR, Lobos Bejarano JM, Orozco Beltran D, Gil Guillen VF, Llor Vila C, Lorenzo Piqueres A, Navarro Perez J. Cardiovascular preventive activities in primary care. Aten Primaria. 2003;32 Suppl 2:15-29.

Sedentarismo o inactividad física

R. Ortega Sánchez-Pinilla

¿Por qué es importante para la Salud Pública la inactividad física?

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2003, la proporción de inactivos en tiempo libre en España es del 58,5% (62,5% en las mujeres y 54,4% en los hombres). Por edades, a medida que aumenta la edad desde 16 a mayores de 65 años aumenta la prevalencia de inactividad. Al analizar la tendencia seguida en las diferentes ENS, desde 1987 a 1997 la prevalencia ha ido descendiendo, en 2001 se mantuvo y en 2003 ha aumentado hasta casi las cifras de 1987, pero coincide también con un cambio en la metodología seguida para detectar y clasificar el hábito.

La inactividad física o sedentarismo, entendida como falta de actividad física, es un hábito difícil de definir e identificar ya que nadie es completamente inactivo y no se sabe con exactitud a partir de qué grado de actividad deja de ser un factor de riesgo de enfermedad.

Existe evidencia sustancial de que la actividad física de las actividades de la vida cotidiana se ha reducido notablemente en los últimos 50-60 años, debido a los ingenios mecánicos que ahorran al hombre esfuerzos en esas actividades, de que la actividad física de la actividad laboral u ocupacional también ha descendido, debido también a esos y otros ingenios mecánicos, y que la actividad física de la actividad laboral u ocupacional ha aumentado, pero no en la magnitud necesaria para producir mejoras llamativas en el estado de salud de la población.

El sedentarismo o inactividad física es de una aparición mucho más reciente y de un menor tiempo de evolución que los demás hábitos, por lo que sus consecuencias están empezando a conocerse: se asocia con una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular (ECV), algunos cánceres, diabetes, osteoporosis e hipertensión arterial, es el principal respon-

sable de la epidemia moderna de obesidad, es una de las principales causas evitables de mortalidad, y da lugar a un gasto sanitario importante. En resumen, el sedentarismo o inactividad física es importante para la Salud Pública porque contribuye a la aparición de diversos problemas de salud y a una mayor mortalidad, genera un importante gasto sanitario y su prevalencia va en aumento.

¿Qué impacto económico y sobre la mortalidad tiene la inactividad física?

Según estimaciones realizadas en Estados Unidos, la inactividad física, junto con los malos hábitos de alimentación, era la segunda causa de mortalidad evitable en ese país, tanto en 1990 como en 2000, experimentando el mayor y más espectacular aumento desde 300.000 muertes (el 14%) en 1990 hasta 400.000 muertes (el 16,6%) en 2000, habiendo sobrepasado ya posiblemente al tabaco, del que le separaban 35.000 muertes en ese año. Otros estudios indican que el 23% de todas las muertes por las principales enfermedades crónicas estaban ligadas al estilo de vida. En España, de las 384.828 muertes ocurridas en 2003, se puede estimar que 26.487 (6,88%) se debieron a la inactividad física.

En cuanto al impacto económico: el sedentarismo o inactividad física se asocia con un aumento de las necesidades de tratamiento hospitalario, de visitas al médico y de medicación; en Estados Unidos estiman un coste médico directo anual de 1.019 dólares por persona física y regularmente activa y 1.349 dólares por persona inactiva y en Canadá estiman el coste imputable a este hábito de vida nocivo en 2,1 billones de dólares (2,5% de los costes sanitarios directos totales). En España se puede estimar que el coste sanitario de la inactividad física fue de 1.365 millones de euros en 2003 (2,36% del coste sanitario total).

En resumen, el sedentarismo o inactividad física causó 26.487 muertes y su gasto sanitario fue de unos 1.365 millones de euros en España en 2003.

¿Es posible modificar el hábito sedentario y conseguir un estilo de vida cardiosaludable?

De los tres componentes que conforman el nivel de actividad física de una persona (actividades de la vida cotidiana, actividad laboral o profesional y actividad de ocio y tiempo libre), no es posible modificar la evolución de los niveles de actividad física de la actividad laboral o profesional, pero es posible modificar los de las actividades de la vida cotidiana y de las actividades de ocio y tiempo libre.

De las actividades de la vida cotidiana sólo es posible actuar sobre la forma de realizar desplazamientos en trayectos cortos: subir escaleras fijas y desplazarse andando o en bicicleta a lugares que estén a distancias inferiores a 3 kilómetros.

De las actividades de ocio y tiempo libre se pueden reducir las conductas sedentarias y promocionar las actividades que requieran niveles de esfuerzo saludables. Existe una programación cada vez mayor de actividades suficientemente atractivas y que conllevan un grado de esfuerzo físico moderado pero útil para mejorar o mantener la salud.

En resumen, es posible modificar el hábito sedentario o de inactividad física y conseguir que las personas suban más escaleras, se desplacen andando o en bicicleta a los lugares próximos y se involucren en alguna actividad de esfuerzo físico moderado en su tiempo libre.

¿Qué intervenciones propondrías a nivel individual, desde los centros de salud y a nivel comunitario para ponerlas en marcha?

A nivel individual, desde los centros de salud hay que hacer énfasis en el consejo sanitario clínico proporcionado por los profesionales sanitarios, indagando primero el nivel de motivación, a continuación el de salud y proporcionando después la recomendación más adecuada a cada caso.

A nivel comunitario, desde los centros de salud se pueden establecer contactos con diversas instituciones y entidades para que pongan en marcha programas de ejercicio supervisado a los que dirigir a los pacientes desde los centros de salud.

Desde las altas instancias sanitarias, se deberían organizar campañas de anuncios en lugares públicos estimulando el aumento de la actividad física en la vida cotidiana, se deberían reforzar los mensajes de los centros de salud con anuncios en medios de comunicación estimulando la práctica de actividad físico/deportiva en el tiempo libre y se podrían crear, incluso, unidades de promoción de la actividad física (similares a las unidades

de deshabituación tabáquica existentes) que adquirirían un papel preponderante en el control de la epidemia de sedentarismo y, de rebote, en el de la epidemia de obesidad.

En resumen, para modificar el hábito sedentario o de inactividad física hay que actuar a nivel individual, proporcionando consejo sanitario, y comunitario, con puesta en marcha de programas de ejercicio supervisado, anuncios en centros públicos y en medios de comunicación estimulando el aumento de los niveles de actividad física, y creación de unidades de promoción de la actividad física.

¿Qué recomendaciones se les puede dar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria?

A los médicos que: 1) determinen el nivel de actividad física de sus pacientes; 2) diagnostiquen su estado de salud para la práctica de ejercicio; y 3) proporcionen las recomendaciones pertinentes a cada nivel de motivación y estado de salud. La recomendación mínima que podrían proporcionar es: correr a una velocidad confortable, al menos 30 minutos, tres días no consecutivos a la semana, para pacientes sin ECV y con menos de 70 años; o caminar todo lo deprisa que se pueda, al menos 60 minutos casi todos o todos los días, para pacientes con ECV o con 70 años o más.

A los profesionales de enfermería que: 1) hagan igual que los médicos; y 2) establezcan programas de ejercicio con seguimiento para sus pacientes crónicos.

A las trabajadoras (o trabajadores) sociales que establezcan los contactos oportunos con instituciones y entidades para la puesta en marcha de programas de ejercicio supervisado a los que los médicos y los profesionales de enfermería puedan derivar a aquellos pacientes que los precisen.

En resumen, a los médicos hay que estimularles para que proporcionen consejo sanitario sobre ejercicio a sus pacientes, a los profesionales de enfermería hay que animarles a que establezcan programas de ejercicio con seguimiento y a las trabajadoras sociales hay que proponerles que ayuden a la puesta en marcha de programas de ejercicio supervisado.

¿A qué factor habría que dirigir primero las intervenciones para conseguir el mayor impacto en la Salud Pública?

Al sedentarismo o inactividad física por las siguientes razones:

1. Es el que tiene una mayor prevalencia de todos los hábitos de vida nocivos para la salud, a la vez que contribuye al desarrollo de un mayor número de enfermedades y de las de mayor prevalencia, y constituye la segunda causa de muerte evitable.
2. Posiblemente es el hábito con mayor coste para el sistema sanitario español.
3. Tiene una vulnerabilidad mayor o similar a la de otros factores de riesgo.
4. El aumento de los niveles de actividad física, por aumento de los de las actividades de la vida cotidiana o de los de la actividad física de tiempo libre o por la prescripción de ejercicio como una medicina, es más eficaz en la prevención, tratamiento y rehabilitación de diversas enfermedades que las intervenciones sobre otros hábitos, con una relación dosis-respuesta que no tienen éstos. La práctica regular de ejercicio aumenta la calidad y la esperanza de vida en personas sanas y enfermas, y puede ayudar a corregir otros hábitos, como por ejemplo el tabaquismo, y a prevenir y tratar la obesidad.
5. La intervención sobre el hábito sedentario o de inactividad física es por lo menos tan simple, aceptable y efectiva como la forma de intervenir sobre otros hábitos de vida. Sin embargo, no es tan segura por los efectos secundarios que tiene, aunque estos efectos se pueden reducir al mínimo con la evaluación médica y la observancia estricta de los elementos de la prescripción de ejercicio.
6. El coste de la intervención sobre el hábito sedentario o de inactividad física es al menos tan bajo como el de la forma de intervenir sobre otros hábitos. En los adolescentes de 12 a 21 años el NNT es de 6 adolescentes a aconsejar para conseguir que uno se convierta en físicamente activo al cabo del año.
7. Los beneficios de la intervención son de los mayores de todas las intervenciones en salud, suponiendo un ahorro considerable de dinero para el sistema sanitario: la reducción de tan solo un 10% en la prevalencia de sedentarismo o inactividad física (desde 58,5 hasta 52,65%) habría evitado 1.992 muertes y ahorrado 103 millones de euros en 2003.

Alcohol

F. Pascual Pastor

La prevalencia de consumo de alcohol en España es elevada. En la actualidad, España es el séptimo país del mundo en cuanto a consumo per cápita, con 10,5 litros de alcohol puro, siendo destacable el amplio arraigo social que este hábito tiene entre los españoles.

El alcohol está presente en una proporción importante de accidentes de tráfico y ocasiona un gran número de discapacidades, la mayoría de ellas a edades muy tempranas.

Diversos estudios sitúan al alcohol como causa de entre el 10 y el 15% de las urgencias, el 4% de los ingresos hospitalarios, entre el 30 y el 50% de los accidentes mortales de tráfico y entre el 15 y el 25% de los accidentes graves de tráfico.

El 46,1% de los jóvenes de entre 14 y 18 años reconocen haberse emborrachado alguna vez en su vida. Sin embargo, sólo un 9% tiene la percepción de consumir mucho o bastante alcohol, con lo que se demuestra que la percepción de riesgo es baja entre los jóvenes, algo especialmente grave a la hora de ponerse al volante.

Según la encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España 2003, el 69% de los hombres y un 38,4% de las mujeres había consumido bebidas alcohólicas durante más de 8 días durante los 30 días previos a la encuesta, el 21,9% de los hombres y un 6,2% de las mujeres las habían consumido diariamente durante el mismo período. Además el 17,5% de los hombres y un 8,9% de las mujeres eran bebedores de riesgo (más de 50 cc de alcohol puro/día para los hombres y de más de 30 cc/día para las mujeres).

En la Encuesta realizada a escolares de 14 a 18 años por el Plan Nacional sobre Drogas en el año 2004, el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes: 80,6% declara haberlo consumido alguna vez, el 79,8% durante los doce meses previos a la entrevista y el 64% durante los treinta días previos.

La dependencia al alcohol, también denominada alcoholismo, es un trastorno por uso de sustancias que se caracteriza por una pérdida de control para beber (DSM-IV).

«La dependencia al alcohol es un estado patológico morboso en el cual la persona, al perder grados de libertad en su conducta, queda alterada en sus capacidades adaptativas, en todos los niveles de su funcionamiento, corporal, psicológico y social» (Dr. Joaquín Santodomingo Carrasco).

Varias son las formas de poder llegar al diagnóstico de dependencia al alcohol, o al menos varios son los instrumentos que podemos utilizar, en primer lugar existen los criterios diagnósticos DSM-IV-R promulgados por la Sociedad Americana de Psiquiatría y los criterios Europeos de la CIE-10 (Clasificación internacional de Enfermedades).

Otra medida útil es la del consumo de etanol y para ello mediremos los consumos aplicando la UBE (Unidad de Bebida Estándar), determinada en España por un grupo de investigadores de SOCIDRO-GALCOHOL y que se ha establecido en 10 gr. Esto junto a distintos test como el CAGE, el AUDIT o el MALT, CIWA, la anamnesis y la valoración de los familiares, junto con incrementos en distintos marcadores biológicos, tales como la GOT, GPT, GGT, VCM y la CDT, nos darán el diagnóstico clínico que contrastaremos con los criterios diagnósticos DSM-IV-R.

Teniendo en cuenta además que las evidencias sitúan el consumo que puede ocasionar daños a la salud por encima de 30-40 gr/día (3-4 UBEs) en el hombre y 20-30 gr/día (2-3 UBEs) en la mujer, las cantidades semanales se sitúan por encima de 28 UBE/semana en el hombre y 17 UBE/semana en la mujer.

Cantidades superiores a 80 gr/día en el hombre y 60 gr/día en la mujer suponen un riesgo importante para poder desarrollar un alcoholismo.

1 UBE → 10 g de alcohol puro = 1 consumición de bebidas sin destilar = 1 / 2 consumición de destilados.

1 UBE = 1 vaso o copa de vino = 1 cerveza (caña, mediana, quinto, botellín, etc.) = 1 vermut.

2 UBE = 1 copa de coñac = 1 ginebra = 1 whisky = 1 combinado (cubalibre, gintonic, etc.)

Esta medida nos sirve para poder definir si cuando estamos delante de una persona que consume bebidas alcohólicas, se trata de un bebedor con riesgo para su salud.

TABLA 1 Resumen de las evidencias y recomendaciones en el tratamiento del alcoholismo I

	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Realización de desintoxicación	1 ⁺⁺ , 1 ⁺ , 2 ⁺⁺ , 2 ⁻ , 3	A
Necesidad de medicación	4	D
Benzodiacepinas	1 ⁺⁺ , 1 ⁺ , 2 ⁺⁺ , 2 ⁺ , 3, 4.	A
Clometiazol	1 ⁻ , 3, 4.	C
Aversivos (disulfiram, cianamida)	2 ⁺	B, C
Anticraving (naltrexona, acamprosato)	1	B
Nalmefene		
Antiepilépticos		
Lamotrigina	¿?	Empírico
Gabapentina	2 ⁻ , 3	D (antiepiléptico)
Oxcarbazepina (epilepsia)	1 ⁻ , 2 ⁺⁺ , 2 ⁺	B
Oxcarbazepina (impulsividad)	1 ⁻	C
Topiramato	1 ⁻	C, B

TABLA 2 Resumen de las evidencias y recomendaciones en el tratamiento del alcoholismo II

Antidepresivos ISRS (fluoxetina, sertralina, citalopram, fluvoxamina)	1 ⁺	D (Reducir consumo) B (Con depresión añadida)
Complejo vitamínico (Vit. B)	1 ⁺ , 4	B (síndrome de Wernicke Korsakoff) D (suplemento dietético)
β-Bloqueantes	1 ⁻	C
Neurolépticos		
Tiapride	1 ⁻ , 2 ⁺	C (desintoxicación alcohol)
Olanzapina, Risperidona, Quetiapina, Ziprasidona, Amisulprida, Clozapina	¿?	C (pacientes agitados y coadyuvante de otros fármacos)
Nalmefene	1 ⁺	B
Prevención de recaídas	1 ⁺	A
Disulfiram m+ acamprosato	1 ⁻	C

En las tablas 1 y 2 aparecen los resúmenes de las evidencias y recomendaciones en el tratamiento del alcoholismo I y II.

Por todo lo expuesto anteriormente, podemos concluir que el consumo abusivo de bebidas alcohólicas, catalogado como enfermedad, diagnosticable con criterios médicos, anamnesis, y pruebas de laboratorio, se puede enfocar desde la atención primaria como un problema de salud de primera magnitud.

El diagnóstico precoz, la entrevista motivacional y la intervención breve son en muchos casos los instrumentos efectivos y necesarios para tratar este tipo de patología, en casos más complicados con alteraciones orgánicas severas, trastornos del comportamiento, comorbilidad psiquiátrica o fuertes cargas de codependencia familiar se requerirá un tratamiento específico por especialistas en conductas adictivas o por internistas en su caso.

Previo a esto, una correcta promoción de la salud puede cambiar hábitos en una población alcohólica según definición del profesor Alonso Fernández.

Atención a las personas en situación de dependencia

Moderador:

J.M. Espinosa Almendro

Médico de familia. Coordinador del grupo elaborador del Plan Integral de Atención a las Personas en situación de Dependencia y sus cuidadores de Andalucía.

Ponentes:

J. Díaz Recio

Ama de casa, cuidadora de un hijo con tetraplegia y ventilación mecánica.

M.T. Sancho Castiello

Geriatra. Observatorio Personas Mayores. IMSERSO Madrid.

P. Regato Pajares

Médica de familia. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención a las personas mayores de semFYC.

F. Muñoz Cobos

Médica de familia. Centro de Salud El Palo, Málaga. Grupo de Trabajo de Atención a las personas mayores de semFYC.

Atención a las personas en situación de dependencia

J.M. Espinosa Almendro

Introducción

La situación de dependencia se plantea como un reto en la sociedad en la que vivimos; la transición demográfica, el aumento de la esperanza de vida, la cronicidad en determinadas patologías, la crisis del apoyo no institucional y otras variables obligan a la sociedad en su conjunto a tomar medidas para paliar esta situación. La ley de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia abre un nuevo camino dentro de la sociedad del bienestar en la que nos encontramos.

Desde el punto de vista sanitario, el camino ya tiene mucho recorrido, pero la puesta en marcha de la ley obliga al Sistema Sanitario a realizar modificaciones importantes para poder dar una respuesta correcta y de calidad.

Según Rodríguez Cabrero, la dependencia¹ se produce como consecuencia de limitaciones severas de orden físico y/o mental que requieren de la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana, que tienen que ver con el cuidado personal o que sirven de soporte imprescindible para dicho ciudadano.

El Consejo de Europa define la dependencia² como aquel estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidades de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida; tiene importantes implicaciones familiares y sociales y la previsión del tiempo de dependencia es fundamental para la planificación de los cuidados y apoyos futuros.

Se identifican a continuación los grandes grupos de susceptibles para recibir atención sociosanitaria³:

- Personas mayores.
- Personas con enfermedad mental.
- Personas con discapacidad.
- Personas en situación terminal.
- Personas con enfermedades crónicas evolutivas y con gran dependencia funcional.
- Personas en situación de exclusión social con graves problemas de salud.

Epidemiología de la Dependencia

Datos del Mundo y Europa

El cálculo de la situación de discapacidad en el Mundo se aproxima a un 10% (500 millones) de la población mundial en 1992 según la Organización de las Naciones Unidas⁴.

Los cálculos para Europa son muy diversos, cada país establece unos criterios que pueden diferir de los otros, lo que hace que dificulte las comparaciones. En la actualidad se admite que en la Unión Europea hay un 10% de personas en situación de discapacidad (50 millones tras la adhesión de los últimos países)⁵.

Datos y distribución en España

No existe en nuestro país, ningún registro fiable y actualizado que nos permita conocer con exactitud el número real de personas dependientes, ni mucho menos su clasificación tal y como define la Ley.

Tampoco existen estudios que, a través de trabajos de campo, nos aproximen a cuantificar las personas con los grados de dependencia comentados. La aproximación más exacta que encontramos se refiere a los resultados que nos ofrece la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES 99), realizada por el INE en colaboración con el IMSERSO y la Fundación ONCE sobre 70.580 viviendas (supone información sobre unas 218.000 personas) en toda España. Está orientada a cubrir necesidades de información sobre los fenómenos de discapacidad, dependencia, envejecimiento de la población y estado de salud de la población residente en nuestro País. Publicada en 2002.

El Libro Blanco sobre la «Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España» aún teniendo en cuenta este déficit de la EDDES 99, elabora una estimación de personas con discapacidad y dentro de ellas las clasifica en grupos que se pueden asimilar a los tres niveles de dependencia que protege la ley. Fue elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad IMSERSO en diciembre de 2004 dirigido por Ángel Rodríguez Castedo.

Acercándonos a la realidad de España, tomamos los datos derivados de dicha encuesta sitúa a la discapacidad en torno al 9% de la población general. Teniendo un total de 3.528.222 personas que presentan algún tipo de discapacidad. En la tabla 1 aparece la distribución según sexo y en función de que afecte a cualquier actividad de la vida diaria (Instrumental y/o básica) o solo a las básicas.

La discapacidad es ante todo femenina. La cifra absoluta de mujeres con discapacidad (2.055.250) es muy superior a la de hombres (1.472.972), de forma que el 58,3% de las personas con discapacidad son mujeres (EDDES 1999).

TABLA 1 Distribución de discapacidad total (ABVD y AIVD) y de las ABVD en España por sexos. EDDDES 99

	Hombres	Mujeres	Total
Alguna discapacidad (ABVD y/o AIVD)	1.472.972 (41,75%)	2.055.250 (58,25%)	3.528.222
Alguna discapacidad para ABVD	541.119 (36,42%)	944.595 (63,58%)	1.485.714

Según se hace constar en el propio informe de la EDDDES, 1999, la discapacidad no se distribuye aleatoriamente en el territorio, sino que está más presente en unas zonas que en otras, traduciendo diferencias en la estructura demográfica o en las condiciones de salud de su población, reflejo esto a su vez de factores de tipo socioeconómicos y sanitarios y de políticas aplicadas.

Las comunidades con mayor tasa de discapacidad son Castilla y León, Murcia, Galicia y Andalucía (todas por encima del 10%) y las de menor tasa son Navarra, Baleares, País Vasco, Madrid, Canarias y La Rioja (todas por debajo del 8%) (EDDES, 1999), se puede observar claramente la diferencia en las siguientes tablas donde se realiza la distribución con CCAA y la tasa relacionada de dichas CCAA con la de España.

Otro elemento a tener en cuenta es la ruralidad de la discapacidad. Según la propia EDDDES, las zonas rurales, municipios con menos de 10.000 habitantes, presentan tasas de discapacidad algo más elevadas que las urbanas, y además situaciones de mayor severidad. (11,5% de discapacidad en población rural y 8,5% en población urbana).

Las situaciones clínicas que conducen a la dependencia, en función de la edad, son las siguientes:

Los diagnósticos más frecuentes de originar discapacidad son⁶:

- Niños: síndrome de Down, parálisis cerebral y meningoencefalopatías.

- Adultos jóvenes (15-34 años): secuelas de procesos neurológicos crónicos (20%), esquizofrenia (9%) y VIH (6%).
- Adultos (35-64 años): problemas osteoarticulares (20%), trastorno afectivo y/o esquizofrenia (9-10%), patología derivada de trastorno crónico orgánico como coronariopatía, HTA, DM... (10%).
- Personas mayores (> 65 años): problemas osteoarticulares (30%), secuelas de enfermedad crónica prevalente (20%), demencia (6,5%), accidente cerebrovascular (5%) y Parkinson (2%).

Las principales medidas de apoyo que demandan las personas cuidadoras⁷ a las Administraciones y a los Servicios Formales de Cuidados son las ayudas económicas, la información y formación sobre el proceso y los cuidados, el servicio de atención domiciliaria o alguna persona que ayude en los cuidados, tanto en tareas de cuidados como de acompañamiento, el apoyo, el apoyo emocional y las estancias temporales para las personas dependientes.

Se plantean nuevos retos entre los que cabría destacar:

- Actividades de prevención y promoción.
- La valoración, propuesta de instrumentos.
- La coordinación sociosanitaria.
- La gestión de casos.
- Rehabilitación en Atención Primaria. en centro de salud y en domicilio.
- Desburocratización de la ortesis y ortoprotesis.

Bibliografía

1. La protección social de la dependencia. Coordinación: Gregorio Rodríguez Cabrero. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid, 1999.
2. La protección social de la dependencia. Coordinación: Gregorio Rodríguez Cabrero. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid, 1999.
3. Bases para un modelo de atención sociosanitaria. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Junio, 2001
4. Human Right and Persons. Ref E/92.XIV.4 Programa mundial de acción de Naciones Unidas para personas con discapacidad. Documento A/37/351 add.1, anexo.
5. Propuesta de Decisión de la Comisión sobre el año Europeo de las Personas con Discapacidad (2003) COM (2001) num. 271, de 29 de mayo.
6. "Base de datos estatal de personas con discapacidad. Colección Documentos. Serie estadística. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales 1º ed, 2000.
7. CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de Noviembre. Avance de resultados. Estudio nº 2581, Noviembre 2004.
8. 100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores. Grupo de trabajo de la sociedad española de gerontología: criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores. Coordinador: Dr. Alfredo Bohórquez Rodríguez. Madrid, Octubre 2004.
9. Anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2005.
10. Andrés-Pizarro, J. Desigualdades en los servicios de protección de la dependencia para personas mayores. (Parte I. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y de clase social). Gaceta sanitaria. 2004;18 Suppl 1:126-91.
11. CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de Noviembre. Avance de resultados. Estudio nº 2581, Noviembre 2004.
12. Solsona M, Viciano F. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. (Parte I. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y de clase social). Gaceta sanitaria. 2004;18 Suppl 1:8-15.
13. Navarro V y Quiroga A, Políticas de Estado de Bienestar para la Equidad. (Parte I. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y de clase social). Gaceta sanitaria. 2004;18 Suppl 1:147-57.
14. II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad, 2003-2007. Aprobado por el Consejo de Ministros de 5 de diciembre de 2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
15. Tercer Plan Andaluz de Salud, 2003-2008. Andalucía en salud: construyendo nuestro futuro juntos. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
16. Libro blanco sobre Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2005.
17. Sánchez Fierro J. Libro verde sobre la dependencia en España. Grupo de Trabajo de «Dependencia» de la Fundación AstraZeneca. Madrid 2004.
18. Viciano Fernández F et al. Longevidad y Calidad de vida en Andalucía. Instituto de estadística de Andalucía, Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía. Sevilla 2003.

La dependencia, un largo camino en solitario

J. Díaz Recio

Soy madre de un paciente tetrapléjico, que necesita un respirador desde hace 16 años, mi hijo antes del accidente era sano, grande, fuerte, deportista... y aquel día me dijeron: ¡Ha sufrido un accidente, ...está en el sanatorio!. Te obsesiones ¿Vivirá?, y vives con el miedo de recibir «la mala noticia». Pero un día te dicen ¡No va andar nunca más!. Mi reacción fue de mareo, «No te lo crees», los primeros días es todo tan fuerte, que no te paras a pensar lo que implica la nueva situación: Mi hijo conectado siempre a una máquina y sin poder moverse nada, ¡TREMENDO!.

Fuimos al Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo, allí tomamos conciencia de lo que estaba pasando realmente, y del cambio que suponía en mi vida, en la de toda mi familia, afortunadamente muchas personas te ayudan, te animan, y te das cuenta que tu sufrimiento no es único en el mundo. Empiezas a aceptar la nueva situación y a vislumbrar cómo será la nueva relación que debía mantener con mi hijo.

Volvíamos a Málaga, donde ingresamos a mi hijo en una clínica privada; ¡grave error!, su interés era puramente económico, y un día, al no poder seguir pagando, me plantearon que Manolo tenía que abandonar la clínica. Me sentí abatida, desesperada y angustiada. ¿Dónde llevarlo?

Tuve la suerte de pedir ayuda a la UVI del Hospital Clínico de Málaga, que plantearon que el objetivo debería ser no trasladarlo al hospital, sino a vivir en el domicilio familiar.

Pensar que Manolo pudiese vivir con nosotras, para mi fue como un milagro y un rayo de luz... Y empezamos los trámites para que pudiese trasladarse a casa con seguridad y garantías sanitarias, necesidades que deberían ser asumidas unas por la seguridad social y otras por mí.

Cuántas peticiones y reuniones tuve, no lo se, solo me acuerdo de que parecía que pedía la luna. Pero que alegría cuando me dijeron que se iba a estudiar y regular la atención de mi hijo en el domicilio. Habíamos logrado que se reconociera en Málaga:

- Que las personas tetrapléjicas y ventilodependientes tienen sus propias necesidades, sentimientos y deseos que deben ser respetados,
- Que la familia es el lugar natural y mas apropiado para su vida, donde reciben cariño, apoyo psicoafectivo y en definitiva tienen mejor calidad de vida.
- Que el sistema sanitario debe trabajar en coordinación y apoyando a la familia.

Empezamos una lucha contra reloj para adaptar la casa a sus necesidades (rampa de acceso al domicilio, ascensor, ensanchar puertas, alarmas, luz de emergencia, etc) pero lo más impactante, tanto para mi hija como para mi, fue aprender a cuidar a Manolo, para ello tuvimos que ir durante un mes a la UCI, —y fueron inflexibles, acompañado de gran humanidad y cariño—, no solo tenía que aprender yo sino también mi hija: nos enseñaron a lavarlo, a movilizarlo y hacer cuidados posturales, a aspirar sus secreciones de forma estéril, a cambiar la cánula de traqueotomía, el funcionamiento del respirador, cómo ventilarlo en caso de urgencia con un ambú, y tantas otras cosas que para Vds., profesionales de la salud es algo cotidiano, pero que era muy duro y difícil para nosotras, agravado por la inseguridad y el miedo que todo ello nos generaba al no saber si lo estábamos haciendo bien o en qué momento debíamos actuar.

Paralelamente se inició la coordinación entre UVI y Centro de Salud para definir los respectivos campos de responsabilidad.

¡Por fin manolo en casa!

Parece mentira, ya hace trece años. ¿Era feliz?: Si, muchísimo. Pero saben el miedo que pasábamos los primeros días? y sobre todo las noches, no dormíamos, nos levantábamos a ver si Manolo respiraba, si seguía conectado al respirador, si no se había caído de la cama, si...

Empezamos a darnos cuenta de que el mantener a una persona en la situación de mi hijo en casa implicaba un incremento de tareas domésticas; de cuidados de la vida diaria junto a cuidados específicos: Aspiración de secreciones, cura de escaras, control del respirador...

Además éramos conscientes de que había que atender sus necesidades psicológicas, de que tenían que continuar reuniéndose con amigos y en lo posible ampliar sus relaciones sociales. Nuevos problemas: escaleras, falta de rampas en calles, dificultades de acceso a lugares públicos, etc.

Mi hija y yo éramos incapaces de dar respuesta a todas sus necesidades, ante esto fuimos conscientes de que teníamos que buscar ayuda para poder cubrir todas las expectativas de mi hijo. Todo ello generó un importante incremento de gastos extraordinarios, menos mal que se creo un

convenio entre la UCI del H. Clínico y la Cruz Roja para la atención de pacientes ventilo-dependientes domiciliarios, pudimos disponer al principio de objetores de conciencia y posteriormente de voluntariado, a los que había que enseñar a cuidar a Manolo.

Una nueva lucha: lograr su escolarización, -los colegios se acobardaban-, no solo era tetrapléjico sino que además depende de una máquina para respirar. Al final fue admitido en el Instituto donde cursó COU y Selectividad. ¡Imposible trasladarlo diariamente en taxi! Compramos una furgoneta.

Junto a ello, infecciones respiratorias, urinarias, tratamientos domiciliarios, sueros, tres ingresos en UCI. Piensen Vds. como afecta esto a la familia, como deben de reorganizar su vida, a cuanto deben de renunciar para conseguir:

- El mayor bienestar posible de la persona que cuidamos.
- Que tenga libertad de elegir cómo vivir.
- Que sean escuchados, respetados sus puntos de vista y su intimidad.
- Que pueda mantener su propia autoestima y salud.
- Que no se quede aislado en su domicilio, que pueda participar en actividades sociales.
- Que se le facilite ayuda, y sean tomados en cuenta en la provisión de servicios.

Quiero destacar que actualmente está cursando 3º de Historia, al mismo tiempo que colabora con Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Málaga como Asesor Jurídico mediante la Asociación Malagueña de Espina Bífida, después de haber finalizado Derecho hace unos años.

Afortunadamente he tenido mucha suerte en la relación con los profesionales que han tratado y tratan a mi hijo, pero no siempre existen relaciones de colaboración entre los profesionales y la familia, para ello cada uno debe reconocer al otro su contribución, respetarse y considerar al otro como igual, desgraciadamente a veces existen profesionales que no tienen su papel claro y quieren dirigir todo, o existen otros que se desprecupan totalmente, pero gracias a dios mi experiencia ha sido principalmente positiva y con algunos profesionales con los que la relación ha sido tan intensa, ¡Me han ayudado tanto que pienso que sin ellos no hubiera sido posible la vida actual de mi hijo!, con los que se, que cuento con ellos a cualquier hora del día o de la noche, y por ello para mi son más que profesionales, son mi familia.

Espero no haberles cansado y aburrido, pero piensen que merece la pena luchar para que pacientes como mi hijo puedan salir a la calle, y disfrutar de la vida. Muchas gracias.

La ley de protección de la autonomía personal, ámbitos y responsabilidades

M.T. Sancho Castiello

La inminente aprobación del Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, va a suponer un cambio radical en los derechos de los ciudadanos a utilizar recursos sociales cuando necesitan ayuda. La universalidad en el acceso y el claro reconocimiento de estos derechos como de carácter subjetivo pleno, conferirán otra categoría a los servicios sociales, reconocida en parte por nuestra Constitución, pero en la práctica, sumida en la escasez y el subdesarrollo.

Además de presentar las líneas generales del citado proyecto de ley, se realizará un somero análisis de la situación actual de los servicios más significativos destinados al grupo de personas dependientes mayores de 65 años circunscritos en exclusiva al ámbito de lo social, por entender que los servicios sanitarios y las propuestas de coordinación de ambos sistemas van a ser analizados en otras ponencias.

A modo de avance que pueda contribuir al debate posterior, señalamos algunas consideraciones sobre el estado actual de los servicios para mayores en situación de dependencia:

- En un escaso periodo de tiempo, España ha realizado un importante esfuerzo para desarrollar servicios sociales destinados a la atención de las personas en situación de dependencia. Las Administraciones públicas han sido protagonistas de este proceso, pero también la iniciativa social con y sin fin de lucro. La generalización de los servicios básicos es un hecho y el acceso está prácticamente garantizado solo a las

personas con bajos recursos socioeconómicos y muy graves situaciones de dependencia.

- Sin embargo, nuestro sistema de servicios sociales es claramente insuficiente. La carga de cuidados asumida por las cuidadoras familiares, hijas y esposas en su mayoría, es difícilmente soportable. La esperanza de vida de las personas en situación de dependencia aumenta progresivamente y el potencial cuidador de las familias disminuye. Además, si comparamos la evolución de los servicios en la mayor parte de los países europeos, observamos que se mantiene la distancia histórica que nos sitúa bastantes años atrás en nuestros índices de cobertura de servicios.

- Siguen vigentes problemas de conceptualización de los servicios, agudizados por las grandes diferencias interautonómicas en el grado de implantación de los recursos y también en sus características. Bajo la misma denominación, observamos prácticas y atenciones difícilmente equiparables. En general el grado de profesionalización de nuestros recursos, es bajo. La falta de equidad en el acceso, es un grave problema derivado de esta situación.

- Se mantiene el histórico desencuentro entre el sistema sanitario y social en la provisión de recursos. Las experiencias de coordinación sociosanitaria o de provisión integrada de servicios siguen siendo testimoniales desde hace más de una década. Ni siquiera ha sido posible que la sectorización en áreas sanitarias y sociales sea común y pueda facilitar las condiciones mínimas que garanticen intervenciones coordinadamente sobre las necesidades sociosanitarias de las personas dependientes. Circuitos de derivación, protocolos y sistemas de evaluación comunes u optimización de recursos sociales y sanitarios son prácticas poco frecuentes en muchas CCAA.

- A pesar de que los servicios domiciliarios son los más demandados y que los ciudadanos españoles, como los de todos los países, optan por permanecer en su entorno habitual el mayor tiempo posible, las mayores carencias en nuestro sistema de servicios sociales las presentan los servicios domiciliarios. A la escasa oferta se une la inadecuación de las tareas que se realizan, fundamentalmente domésticas, y la baja intensidad horaria que se presta. En definitiva, es un servicio que precisa de una reestructuración en profundidad para poder dar respuesta a las necesidades que generan las situaciones de dependencia. La profesionalización del SAD y la diversificación y flexibilidad en la oferta de servicios serán condiciones indispensables en esta nueva fase de expansión.

- En cuanto a los centros de día, quizás uno de los recursos de más reciente implantación en nuestro país, destacamos su rápido desarrollo y su progresivo grado de aceptación entre la población dependiente. Una vez más, la desigualdad interautonómica y las grandes diferencias en su oferta de servicios nos llevan a concluir que estamos ante diferentes recursos bajo la misma denominación. El carácter marcadamente terapéutico de unos y de exclusiva descarga familiar de otros explica buena parte de las diferencias, que se manifiestan con claridad en la observación de una gran disparidad en el coste plaza en unas y otras CCAA.

- Sobre nuestro recurso mas numeroso, las residencias, hay que señalar que los avances observados en los últimos años son generalizados en todo el Estado y han configurado una oferta mucho mas atractiva y profesionalizada que genera una mayor aceptación entre la población de un servicio como este, sistemáticamente rechazado y asociado a las instituciones de carácter asilar. La iniciativa privada ha contribuido de forma decisiva en este aparente cambio del modelo residencial. Sin embargo la observación más profunda de sus características, pone de manifiesto carencias importantes asociadas a la conceptualización de la intervención y al diseño de programas de todo tipo que dignifiquen la vida residencial. Una vez mas, la profesionalización es insuficiente, tanto en su vertiente cuantitativa como cualitativa. La adecuación de muchas plazas residenciales a las necesidades de atención que genera la dependencia exigirá la introducción de cambios importantes en un buen número de ellas para poder superar un proceso de acreditación que certifique la calidad de estos alojamientos.

- Existen pocas experiencias de modelos de alojamientos alternativos a las grandes residencias, promovidos desde las administraciones públicas y las grandes empresas. Sin embargo, la observación de la evolución de modelo residencial en otros países europeos que alcanzan altas cotas de bienestar, y que han optado por sistemas de convivencia en grupos pequeños, cercanos a los modos de vida habitual, nos sugieren la conveniencia de experimentar nuevas formas de alojamiento mucho más acordes a nuestras características idiosincrásicas. Sería una pena que desaprovechémos la riqueza de nuestras redes sociales y comunitarias que pueden facilitar definitivamente la expansión de este tipo de alojamientos: viviendas, unidades de convivencia, apartamentos, etc.

Por último, y como se ha dicho al principio, se analizarán los aspectos más relevantes del proyecto de ley de cara a su aplicación en la práctica profesional cotidiana: beneficiarios, sistema de valoración de la dependencia, programa individual de atención, plan de prevención, catálogo de recursos, financiación, calidad del sistema., etc. Todas ellas cuestiones imprescindibles en el abordaje de las situaciones.

La coordinación sociosanitaria, de la entelequia a la realidad

P. Regato Pajares

El aumento de la demanda de cuidados sociales y sanitarios para las personas en situación de dependencia, ha generado la necesidad de reformular los sistemas de financiación, gestión y distribución de Recursos destinados a este colectivo. En este contexto, las diferentes fórmulas para abordar las respuestas sociosanitarias ocupan un lugar Prioritario.

La cuestión de la coordinación sociosanitaria ocupa el primer plano de los Debates sobre la atención a las personas dependientes en toda Europa. La necesidad de coordinar el sistema social y el sanitario ha llevado a países con larga y modélica tradición en la atención a las personas en situación de dependencia a plantearse una revisión en profundidad de sus sistemas de atención.

En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales. Tampoco existen verdaderos sistemas de provisión integrada de estos servicios. No obstante, en los últimos años se han sucedido una serie de iniciativas dirigidas a solucionar esa carencia.

A nivel Nacional podemos destacar, en diciembre de 1993, se firmó un Acuerdo Marco Interministerial entre el Ministerio de Asuntos Sociales y el Ministerio de Sanidad, para impulsar y desarrollar, en el ámbito de sus respectivas competencias, programas de actuación coordinada para la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad, entre otros colectivos. En este período, se abrió una línea de colaboración entre ambos ministerios, mediante la creación de un grupo de expertos y la puesta en marcha de experiencias de coordinación sociosanitaria en varias áreas de salud de tres Comunidades autónomas (Madrid, Valladolid y Murcia). Así mismo La Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define en su artículo 14 la prestación sociosanitaria como «la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social». Las actuaciones que desde el ámbito sanitario se han de asumir, de acuerdo con dicha ley, son las relativas a:

- Cuidados sanitarios de larga duración.
- Atención sanitaria de convalecencia.
- Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

En el ámbito autonómico, cabe destacar que diversas Comunidades Autónomas han creado órganos de coordinación de las prestaciones sociosanitarias que centralizan la información y coordinan las actuaciones de los departamentos de Sanidad y Servicios Sociales. Algunas de ellas han puesto en marcha planes de atención sociosanitaria.

En cuanto a los modelos conceptuales Las iniciativas y propuestas formuladas hasta el momento, se pueden agrupar en dos grandes bloques de alternativas: las que buscan la coordinación del sistema social y el sanitario y las que propugnan la creación de una red de atención sociosanitaria, diferenciada de las redes sanitaria y social.

Criterios generales de la coordinación sociosanitaria

Aunque el desarrollo de la coordinación sociosanitaria debe partir de una base de factibilidad y de comprensión de la realidad de cada territorio, es posible establecer algunos criterios generales:

1. La coordinación sociosanitaria no puede compensar la escasez de recursos.
2. La coordinación sociosanitaria parte del reconocimiento de la competencia de cada una de las partes (sanitaria y social y diversos servicios) y de la necesidad de la mejor utilización del recurso adecuado en cada situación.

3. El acceso a los recursos sanitarios y sociales debe basarse en la valoración exhaustiva por parte de equipos profesionales expertos.

4. La distribución equitativa de los recursos según las características de cada territorio debe ser un objetivo prioritario.

5. El acceso a los recursos debe producirse descentralizadamente a nivel territorial (áreas de influencia basadas en la facilidad de acceso, uso natural del mismo por parte de la población y existencia de los recursos).

6. Las estructuras básicas de coordinación deben contar con la presencia de profesionales expertos y deben tener territorios delimitados donde tengan competencias ejecutivas.

7. La administración es el garante de la equitativa provisión de los servicios así como del establecimiento de prioridades de acceso según necesidades ante las diferencias entre oferta y demanda.

Consideraciones finales

A pesar de que la atención sociosanitaria y la coordinación no son conceptos novedosos, la escasez de aplicación práctica hace difícil hacer propuestas concretas de desarrollo. El Sistema Nacional de Dependencia, deberá avanzar en la clarificación y homogeneización de principios, criterios y acciones de coordinación entre los dos sistemas, que garanticen el derecho de los ciudadanos a recibir una atención integral adecuada y suficiente de sus necesidades, sean estas sociales o sanitarias. Las intervenciones y prestaciones que actualmente son objeto de controversia entre uno y otro sistema, deberán ser abordadas mediante el consenso y la corresponsabilidad económica por parte de los dos sistemas, acordando un modelo de atención que no deje «terrenos de nadie» sin cubrir.

El médico de familia en el escenario de la dependencia: historia antigua en un nuevo escenario

F. Muñoz Cobos

Atención a la dependencia-Atención Primaria

La atención primaria es el ámbito sanitario básico donde se realiza la atención cotidiana a las personas dependientes. El modelo que define la atención prestada desde los centros de salud reúne las características necesarias para atender a este grupo de población con especiales necesidades:

- *Continuidad asistencial*: no se establecen contactos puntuales sino atención prolongada longitudinalmente y garantizando asistencia permanente.
- *Enfoque biopsicosocial*: la dependencia implica una afectación global de la salud de las personas y sus familias con especiales requerimientos en la esfera psicológica y social. Hay que considerar además que de por sí las alteraciones psicológicas y los problemas sociales son causa importante de aparición y agravamiento de la dependencia.
- *Atención Domiciliaria*: las personas dependientes precisan y reciben atención en su domicilio de los equipos de atención primaria. Esta atención incluye actividades clínicas, emergencias, preventivas, rehabilitadoras y tiene las características de ser personalizada y programada.
- *Prevención*: La atención a la dependencia incluye de forma importante para la atención primaria la prevención de sus causas, con la doble vertiente de existencia de programas preventivos específicos (PAPPS) y con la concepción de la prevención como una actitud de los profesionales ante cada paciente y situación concreta (promoción de la salud, de la funcionalidad, de la actividad).
- *Trabajo en equipo*: la atención a las personas en riesgo o con dependencia y sus familias precisa de la intervención de varios profesionales sanitarios (médicos de familia, enfermeras, trabajadora social, fisioterapeutas, pediatras, médicos de urgencias...). La necesaria coordinación en los objetivos y en los planes de cuidados precisa de los métodos de trabajo unificados de los equipos de atención primaria.
- *Enfoque familiar*: No es concebible la atención a la dependencia sin considerar el marco familiar de los pacientes. Las herramientas adecuadas para considerar a la familia como unidad de intervención, los métodos para su valoración e intervención, forman parte de las actividades de los equipos de atención primaria, también en su vertiente preventiva.
- *Perspectiva comunitaria*: La dependencia no es una situación independiente del contexto en el que se produce (rural-urbano, nivel cultural, nivel socioeconómico, creencias, tradiciones, redes sociales). La atención primaria, como nivel asistencial inmerso en estos contextos, es el lugar

TABLA 1 Actividades que el médico de familia realiza en relación a personas con riesgo o dependencia

	Preventivas	Asistenciales	Rehabilitadoras
En la consulta	PAPPS (Hábitos de vida, envejecimiento activo, tabaquismo, Pérdida funcionalidad, Detección precoz cáncer, Riesgo CV, Infancia, Embarazo, Personas mayores ³ , Salud Mental)	Atención a problemas agudos (ej osteoarticulares), pacientes pluripatológicos, seguimiento y control enfermedades físicas y psíquicas con dependencia potencial. Atención a urgencias y emergencias.	Rehabilitación cardíaca. Recuperación funcional miembros inmovilizados. Indicación ayudas ortoprotésicas. Psicoterapias breves. Seguimiento duelo patológico.
En el domicilio	Programas de Atención Domiciliaria: prevención caídas, inmovilidad, úlceras por presión, riesgo sociosanitario. Atención a la cuidadora: prevención. Valoración ⁴⁻⁸ personas mayores frágiles: funcionalidad (Valoración integral). Programa terminales: muerte digna, prevención duelo patológico. Atención al alta hospitalaria: recuperación funcional	Atención a urgencias y emergencias. Programas de Atención Domiciliaria: planes de cuidados. Atención a la cuidadora. Programa terminales: control de síntomas.	Programas de Atención Domiciliaria: mejora de la funcionalidad.
En la comunidad	PACAP EPS Prevención de Accidentes. Salud laboral.	Actividades comunitarias Coordinación sociosanitaria: voluntariado social, grupos de autoayuda	Actividades comunitarias. Coordinación sociosanitaria: voluntariado social, grupos de autoayuda.

«natural» desde el que abordar de forma coherente con el marco social la atención a las personas dependientes, considerando de forma importante los recursos que la propia comunidad posee y su protagonismo (asociaciones y organizaciones, grupos de autoayuda, voluntariados social...)

Concepto de dependencia

Desde las características de la atención primaria se deduce un concepto de dependencia:

- No determinista sino dinámico y contemplando siempre posibilidades de reversibilidad parcial o total
- Considerarla un fenómeno multicausal complejo, incluyendo causas psíquicas y sociales.
- Como una variable continua, no a saltos, difícil de establecer «puntos de corte» o estratificar en escalones¹, cualquier mejora es un avance, cualquier retroceso un riesgo.
- Aplicación de una perspectiva de riesgo, concentrando esfuerzos en intervenciones preventivas y de detección precoz en los grupos de personas más susceptibles.

¿A cuántos pacientes dependientes atendemos cada MF?

Se estima en situación de dependencia un 10% población mundial (OMS), población europea². En España se estima en un 9% (Encuesta de Deficiencia, Discapacidades y Estados de Salud (EDDES) (1999).

Existen diferencias según género y edad: 58,3% son mujeres; 8% varones total, 10,8% mujeres; mayores de 65 años 27,1% varones -35,9% mujeres. Existe una distribución desigual en el territorio: Castilla y León, Murcia, Andalucía y Galicia > 10%; Navarra, Baleares, País Vasco, Madrid, Canarias, la Rioja < 8% (EDDES 1999). También es desigual la distribución rural/urbano: (11,5% rural, 8,5% urbana).

Si tomamos cifra media del 10%, podríamos aproximar que en un cupo de 1500 pacientes existirían 150 personas dependientes y en uno de 1800 180 personas.

¿Qué necesitan del Médico de familia las personas dependientes?

Las personas dependientes son un grupo heterogéneo con variedad de necesidades de salud. Se conoce que presentan 1 deficiencia el 40%; 2 deficiencias el 27% y 3 deficiencias el 33%.

Las causas también son variables, siguiendo un orden: Limitaciones físicas > enfermedades crónicas > Limitaciones sensoriales > enfermedad psíquica. Desde nuestra práctica reconocemos la mezcla de estas situaciones y la elevada prevalencia de pluripatología.

Por grupos de edad:

- Niños: Síndrome de Down, parálisis cerebral, mielomeningocele, alt. sensoriales.
- Jóvenes: enfermedades neurológicas, esquizofrenia, HIV.
- Adultos: osteoarticulares, psíquicos, enfermedades crónicas.
- Ancianos: osteoarticulares, enfermedades crónicas, demencia.

Si realizáramos un resumen de necesidades, éstas podrían incluir:

- Prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Asistencia a síntomas y signos físicos,
- Atención psicológica al paciente y su familias,
- Atención domiciliaria,
- Material ortoprotésico,
- Integración social,
- Información,
- Coordinación interdisciplinar e interniveles, unificación de criterios, «gestión» de casos,
- Seguimiento longitudinal personalizado prolongado.

Atención que ya prestamos a las personas dependientes

La dependencia forma parte de nuestro quehacer diario. No es una actividad «extra» sino inmersa en cada uno de nuestros cometidos (consulta, atención a urgencias, atención en domicilio, sesiones clínicas, docencia, coordinación interprofesional, derivaciones, trabajo administrativo). No podríamos extraerla o presentarla de forma separada, exclusiva, ni mucho menos «novedosa».

A pesar de esta dificultad, presentamos algunos datos que pueden mostrar la atención a la dependencia:

Actividades asistenciales

Según datos de Andalucía 2001: la tasa de frecuentación mensual de la consulta del médico de familia se estima en 1704 consultas demandas x mes por familiares de pacientes incapacitados/pacientes incapacitados x 1000.

De igual forma la tasa Visitas domiciliarias mensuales MF: 254 visitas domiciliarias realizadas durante un mes por MF/pacientes incapacitados x 1000.

Actividades del médico de familia dirigidas a la dependencia

La tabla 1 pretende mostrar una visión de conjunto de las actividades que el médico de familia realiza en relación a personas con riesgo o dependencia.

TABLA 2 Líneas de desarrollo de la atención a la dependencia por parte del médico de familia

Avances en la valoración funcional ^{9,10}	Mejora de la utilización de escalas de valoración, en su interpretación y aplicación en planes de cuidados reevaluables. Adaptación y validación de escalas ^{11,12} . Uso de herramientas para la detección precoz de la pérdida de funcionalidad (detección de fragilidad ¹³ , actividades instrumentales > básicas). Utilización en estudios poblacionales ¹⁴ . Instrumentos de valoración social ¹⁵⁻¹⁷
Mejora de la atención domiciliaria ¹⁸⁻²²	Dotar de contenido específico las visitas domiciliarias con intervenciones concretas. Las intervenciones específicas en domicilio sobre aspectos concretos parecen más efectivas que las generales. En actividades preventivas seleccionar grupos de mayor riesgo. Las intervenciones para mejorar la capacidad funcional deben ser precoces, obteniéndose mejora del grado de incapacidad si actuamos ante incapacidades leves. La atención domiciliaria debe garantizarse desde la continuidad asistencial, evitando su reducción o deterioro durante épocas de verano u otras en las que se recurre a utilizar el horario de visitas programadas para otras tareas de los profesionales. Los tiempos asignados a la atención domiciliaria deberían «blindarse». Para la asignación de horarios de atención domiciliaria deberían evitarse los esquemas rígidos y realizarlos según cargas para cada profesional de personas dependientes.
Mejora de la capacidad resolutoria del médico de familia. Acceso a solicitud de pruebas complementarias y a prescripción de material según plan de cuidados.	La prevención de las discapacidades requiere la accesibilidad de los médicos de familia a pruebas como la audiometría y a prescripción de material ortoprotésico como plantillas ortopédicas o andadores de forma ágil y con simplificación de trámites administrativos.
Atención a las personas cuidadoras ²³⁻³¹	Basada en la continuidad asistencial, evitar la “medicalización”, perspectiva de género. Los efectos de las intervenciones no son globales sino que afectan a aspectos concretos: sobrecarga, depresión, satisfacción, síntomas, etc. Las intervenciones más efectivas son las que incluyen mejora del apoyo social y apoyo psicológico basado en resolución de problemas y afrontamiento. Parecen tener poca repercusión las intervenciones basadas exclusivamente en conocimientos. El beneficio de las intervenciones con cuidadores declina con el tiempo por lo que deberían planificarse desde la continuidad de cuidados.
Asignación personalizada médico-enfermera-administrativo.	En el dimensionamiento de los cupos deben contar las personas dependientes asignadas con mayor valor, no sólo en función de la edad sino del grado de dependencia Las funciones del administrativo de referencia serán la de gestión de procesos administrativos: visados, citas, traslados en ambulancia, etc. (papel de «ventanilla única»).
Línea telefónica acceso a consultas	Existirá una línea telefónica de acceso al centro de salud específica para personas dependientes con diferentes funciones: consultas telefónicas con su médico-enfermera-administrativo, acceso a citas.
Ingreso hospitalario desde Atención Primaria en personas dependientes	Establecer procedimientos de ingreso directo en situaciones de pacientes dependientes evitando el «calvario» que supone para ellos y sus familiares el paso obligado por servicios de urgencia de grandes hospitales.
Intervención rehabilitadora a nivel primario.	Inicio precoz de rehabilitación en centro de salud o domiciliaria ante pequeñas pérdidas de funcionalidad, evitando iniciar las actividades rehabilitadoras en estadios avanzados con menor capacidad de recuperación.

Papel que nos asigna el proyecto de ley dependencia

El proyecto de ley de dependencia supone un avance incuestionable por el reconocimiento del derecho, universalidad e integralidad. Sin embargo el papel de la atención sanitaria que venimos prestando a las personas en riesgo o situación de dependencia está ausente, y la mención a los servicios sanitarios es marginal aun incluyendo aspectos sobre los que la atención primaria tiene muchas aportaciones realizadas (valoración, prevención, atención a cuidadores).

Señalamos los apartados de estas «menciones»:

- Definición de dependencia en base a la capacidad de realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Definición de «Cuidadores Profesionales»: *los prestados por una institución pública o entidad,..., entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro».*
- Entre principios: «*Colaboración de los servicios sociales y sanitarios*».
- En catálogo de servicios: Servicios para la promoción de la autonomía personal: «*Prevención de las situaciones de dependencia*». Coordinación de los servicios sociales y de salud. Plan de Prevención de las situaciones de dependencia.

- Respecto a los cuidadores familiares: «*El apoyo a cuidadores no profesionales conlleva programas de información, formación y periodos de descanso*».
- Valoración de la dependencia: En tres grados (Dependencia moderada-severa-gran dependencia), con dos niveles (según autonomía e intensidad), realizada por «Órganos de valoración».
- Formación y cualificación de profesionales y cuidadores: «*Se fomentará la colaboración entre las distintas administraciones públicas competentes en materia educativa, sanitaria, laboral y asuntos sociales, así como de éstas con las universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales y sindicales*».

Si resumimos la presencia en el proyecto de la atención primaria, tendríamos que señalar ésta como marginal, irrelevante o sencillamente ausente. Esto supone de un lado la falta de reconocimiento del papel que la atención primaria viene realizando desde sus inicios en la atención a la dependencia, y de otro, el riesgo de quedarnos al margen en la toma de decisiones y en la asignación de recursos que el desarrollo de la ley suponga en el futuro. Este temor tiene mayor fundamento en cuanto vamos a seguir siendo los principales responsables de la salud de las personas con riesgo o situación dependencia y sus familias y los que mejor conocemos su realidad y sus necesidades.

Hacia dónde vamos en la atención a la dependencia desde la Atención Primaria

En línea con las características de la atención primaria que definimos al principio, la atención a la dependencia es un tema que nos preocupa como colectivo, desde el punto de vista de avance práctico y científico.

En la tabla 2 resumimos algunas líneas de desarrollo de la atención a la dependencia por parte del médico de familia que se extraen de nuestras aportaciones presentes con perspectivas de futuro.

En la línea argumental que hemos presentado, queda sobre la mesa el debate del papel central que la atención primaria de salud viene desempeñando y necesariamente desempeñará en la atención a las personas dependientes y sus familias.

Bibliografía

- Espinosa JM, Muñoz F, Portillo J. Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. Carta al directos. Medicina de familia (And). 2005;6:49-50.
- Propuesta de decisión de la Comisión sobre el Año Europeo de las Personas con Discapacidad (2003) COM (2001) num 271 de 29 de mayo.
- De Alba C, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. Aten Primaria. 2001;28 (Suppl 2):161-80.
- Benítez MA, Vázquez JR. Valoración del grado de autonomía de los ancianos. Aten primaria. 1992;10:888-91.
- González JI, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. Aten Primaria 1992;4:219-25.
- Amo M, Rodríguez S. Valoración Geriátrica Integral. FMC. 2003;10 Suppl 4:59-71.
- Gil de Gómez MJ, Ramalle E. Efectividad de la valoración geriátrica comprensiva en atención primaria. Aten Primaria. 2003;32:92-100.
- Benítez MA, Hernández P, De Armas J, Barreto J, Rodríguez H. Clasificación funcional del paciente anciano en Atención primaria de salud: propuesta de un método. Aten Primaria. 1995;15:548-54.
- Martín I, Ortiz I, Montalvillo E, Pérez M, Sánchez P, Rodríguez C. Identificación de ítems para la creación de un cuestionario de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores. Aten primaria. 2006;37:313-9.
- Martín I. Escalas de valoración funcional y cognitivas. En: grupo de Trabajo de la semFYC de Atención al Mayor. Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2004. p. 53-68.
- Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clín (Barc). 2001;117:129-34.
- Martínez de la Iglesia J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage Abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM. 2002;12:620-30.
- Martín I. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Recomendación. Aten Primaria. 2005;36:273-7.
- Martínez de la Iglesia J, Pérula de Torres LA, Espejo J, Rubio MV, Aranda JM, Fonseca FJ et al. Proyecto ANCO: un estudio sociosanitario de la población mayor de la ciudad de Córdoba. Diseño y Ejecución. Rev Gerontol. 1997;7:82-90.
- García JV, Díaz E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Acebal V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999;23:434-40.
- Revilla L de la, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de familia (And). 2005;1:10-8.
- Brontons C, Monteserín R, Martínez M, Sellarés J, Baulies A, Fornasini M. Evaluación de la efectividad de un instrumento para identificar problemas sociales y sanitarios en la población anciana adscrita a un centro de atención primaria Aten Primaria. 2005;36:317-23.
- Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJA, Tolley K et al. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. Health Technology Assessment Vol 4: No 13, 2000:338.
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. BMJ. 1998;316:1348-51.
- Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2001;323:708.
- Robertson MC, Devlin N, Gardner M, Campbell AJ. Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls: randomised controlled trial. Br Med J. 2001;322:1-6.
- Stuck AE, Zinder CE, Meter-Wüest, Gillman G, Egli C, Kesselring A et al. A randomized trial of in-home visit for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. Arch Intern Med. 2000;160:977-86.
- Mohide EA, Pringle DM, Streiner DL, Gilbert JR, Muir G, Tew M. A randomised trial of family caregiver support in the home management of dementia. J Am Geriatr Soc. 1990;38:446-54.
- Cooke DD, McNally L, Mulligan KT, Harrison MJ, Newman SP. Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. Aging Mental Health. 2001;5:120-35.
- Lincoln NB, Francis VM, Lilley SA, Sharma JC, Summerfield M. Evaluation of a stroke family support organiser: a randomised controlled trial. Stroke. 2003;34:116-21.
- Herbert R, Levesque L, Vecina J, Lavoie JP, Ducharme F, Gendron C, Preville M, Voyer L, Dubois MF. Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003;58:S58-67.
- Eloniemi-Sulkava U, Notkola IL, Hentinen M, Kivela SL, Sivenius J, Sulka-va R, Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: randomized trial. J Am Geriatr Soc. 2001;49:1282-7.
- Marriot A, Donaldson C, Tarrier N, Burns A. Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. Br J Psychiatry. 2000;176:557-62.
- Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. Gerontologist. 2002;42:356-72.
- Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R y Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Aten Primaria. 2004;33:61-8.
- García Calvente MM, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación cuantitativa. 1999.EASP: Granada.

Psicoterapia y/o psicoterapias en/de Atención Primaria

Moderador:

J.R. Loayssa Lara

Médico de familia. Centro de Salud de Noain. Servicio Navarro de Salud.

Ponentes:

J. Holmes

Consultant Psychiatrist/Psychotherapist. Professor of Psychological Therapies, University of Exeter, and Psychoanalysis Unit, University College London.

J. García Campayo

Psiquiatra. Centro de Salud Torrero, Zaragoza. Profesor Asociado Universidad de Zaragoza.

J.M. Aiarzaguena Sarriugarte

Médico de familia. Centro de Salud de San Ignacio, Bilbao. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Servicio Vasco de Salud. Osakidetza.

J.R. Loayssa Lara

Médico de familia. Centro de Salud de Noain. Servicio Navarro de Salud.

Neo-balintismo, apego, «mentalización» y psicoterapia

J. Holmes

Tuve la oportunidad de conocer directamente a Michael Balint como participante en uno de sus grupos cuando era estudiante. En estos grupos se nos estimulaba a plantearnos preguntas sobre las razones que podrían explicar la aparición de la enfermedad en este momento (mecanismo de defensa), el modo de relacionarse del paciente con los que le atendían (transferencia), nuestras emociones hacia el paciente y los datos que estas emociones proporcionaban sobre cómo se sentía el propio paciente (contratransferencia), los sentimientos no expresados por el paciente y su influencia en los síntomas físicos (represión). Otras preguntas eran si la expresión de sus experiencias y sentimientos podría ser útil superar o al menos aceptar su enfermedad (psicología evolutiva, fuerza del ego) y cuáles eran los beneficios de estar enfermo y el «costo» que la curación suponía para el paciente (ganancia secundaria). Preguntas como vemos directamente relacionadas con conceptos psicoanalíticos. La técnica propuesta por Balint en los grupos era asimismo esencialmente psicoanalítica la «asociación libre» buscando la expresión espontánea de las reacciones emocionales y las ideas de los participantes.

A pesar del reconocimiento de sus aportaciones las ideas de Balint no están de moda y solo una minoría de médicos de familia se muestran interesados en esta aproximación. Sin embargo, creo que hay un lugar para las teorías inspiradas en el psicoanálisis dentro de la medicina de familia. En caso contrario, el papel del médico como alguien sobre el que se proyectan esperanzas, miedos y aspiraciones alguien que es capaz de recibir, leer, entender y usar esas proyecciones en beneficio del paciente y su familia, está en peligro. Asimismo, la relación médico-paciente entendida en términos de compromiso, influencia mutua, obligación, historia y entendimiento compartido a lo largo del tiempo, se puede ver debilitada.

Entrando más específicamente dentro de la psicoterapia voy a abordar que es lo que el psicoanálisis puede ofrecer. La investigación ha establecido que cualquier psicoterapia para ser efectiva tiene que cumplir tres requisitos: Una alianza terapéutica con el paciente, aportación de significado y promoción cambios.

Una alianza terapéutica con el paciente

La existencia de una relación estrecha y un clima positivo es un predictor del éxito terapéutico y promueve una utilización responsable de la consulta médica. Un entendimiento más profundo de este fenómeno viene proporcionado por una teoría derivada del psicoanálisis: la teoría del apego de John Bowlby. Esta teoría sostiene que las personas necesitan una figura que proporcione seguridad cuando se sienten enfermos, amenazados o exhaustos y que les ayuda a recuperarse y volver a su vida normal. Existen diferentes estilos de apego y aquellos que tienen un estilo «seguro» son

capaces de contener su malestar emocional cuando es apropiado y pedir ayuda cuando lo necesitan. Según estudios recientes un estilo de apego «seguro» se relaciona con la capacidad que tuvieron los padres de tener una función reflexiva que se ha denominado «mentalización». Esta función implica la capacidad de empatía y de identificar el impacto que el propio comportamiento tiene en los hijos y como las propias emociones condicionan su conducta con ellos. Esta capacidad de «mentalización» es la que deben poseer los médicos con sus pacientes.

Esto no significa que los médicos tengan que ser santos y perfectos, tampoco los padres tienen que serlo sino como lo denominó otro psicoanalista deben ser madres «suficientemente buenas». De hecho cuando en el curso de una terapia se producen «rupturas» y el terapeuta y el paciente se sienten desilusionados o enfadados y si esta situación es superada (mediante análisis y discusión) los resultados son mejores que cuando la relación se desarrolla aparentemente sin incidencias.

Aportación de significado

Proporcionar un marco explicativo es consustancial a la psicoterapia efectiva. Esta explicación puede ser biomédica o mágica. El médico que le dice a un paciente deprimido que tiene un «desequilibrio químico» en el cerebro se sitúa en una tradición que viene de la teoría de los «humores» de la edad media. El psicoanálisis partió de un intento de Freud de dar significado a fenómenos aparentemente irracionales. También en la relación médico paciente hay fenómenos latentes comenzado por la «agenda oculta» tanto del médico como del paciente y la comunicación entre ambos tiene muchos aspectos que no son explicables desde lo aparente y lo visible.

La búsqueda de significado a sucesos aparentemente triviales o casuales forma parte de la atención terapéutica. El médico de familia cuenta con los recursos derivados de su relación continuada con el paciente, el conocimiento de su familia y de su contexto social. Los médicos de familia como los psicoanalistas para conocer al paciente dependen de dos condiciones: continuidad y compartir momentos de intensidad emocional.

A diferencia del psicoanálisis original, las perspectivas actuales de éste tienden a poner más énfasis en el aquí y ahora de las relaciones interpersonales empezando por la relación médico paciente que en los conflictos sexuales del pasado infantil. Se trata de descubrir y «mentalizar» los significados implícitos en los movimientos de la relación actual. En la consulta del médico de familia los significados cruciales están escondidos en pequeños detalles de la consulta y el médico puede desentrañar esos significados enterrados en el marco de una relación breve pero repetida.

Promoción de cambios

Una de las muchos puntos fuertes de la terapia cognitivo conductual es que ofrece claras guías para la acción tanto para el terapeuta como para el paciente. Escribir diarios del estado de ánimo, desafiar pensamientos negativos, confrontar las hipótesis depresivas contra la realidad, buscar formas objetivas de valorar los progresos es compatible con un modelo colaborador de resolución de problemas de la cultura de la medicina moderna.

Por el contrario, la aproximación psicoanalítica aborda la resolución de problemas de modo indirecto y «furtivo». Proporcionar capacidad de «mentalización» constituye en sí mismo un cambio que facilita la capacidad de tolerar emociones distresantes. El cambio es emergente y no impuesto, más lento pero posiblemente más profundo y duradero que el conseguido por las terapias más activas. El psicoanálisis proporciona medios para entender y elaborar crisis relacionadas con los temas fundamentales de la existencia humana: nacimiento, crecimiento y desarrollo, sexualidad, decadencia, muerte, enfermedad, recuperación, reparación, duelo, fases vitales, etc. El propio Freud afirmaba que el objetivo del psicoanálisis es convertir la miseria neurótica en ordinaria infelicidad humana.

La práctica de la contención, aceptación, paradoja y autenticidad del psicoanálisis es relevante para la medicina de familia. La capacidad del médico de familia de contener y procesar la ansiedad del paciente es esencial. Por otro lado la aceptación y la paradoja son estrategias sanadoras centrales. La aceptación constituye el primer paso para trabajar con los pacientes difíciles y poner en marcha procesos de cambio. También reconocer y dar valor a los mecanismos defensivos del paciente es a menudo un comienzo de un proceso terapéutico. El médico debe manejar la paradoja implícita en esta aceptación versus el intento de modificar los pensamientos, sentimientos y conductas del paciente. Incluso hay un lugar para técnicas paradójicas como «prescribir el síntoma».

La autenticidad que es otro puente de unión entre el psicoanálisis y la medicina de familia está relacionado con el vínculo estrecho entre el médico y el paciente que ambos comparten. La vivencia y en ocasiones la expresión de los sentimientos reales del terapeuta es la fuente de intervenciones con un gran potencial terapéutico.

No obstante tengo que reconocer que el psicoanálisis es débil cuando se habla de promover cambios concretos pero eso no significa que sus ideas no tengan una aplicación práctica. En este sentido tanto la «mentalización» de la que hemos hablado como las aportaciones de la teoría del apego pueden enriquecer el trabajo de los médicos de familia y su destreza para inclinar la balanza salud – enfermedad en dirección de aquella a través de mejorar su capacidad de entendimiento psicológico del paciente y de sí mismo y de ofrecer una relación terapéutica que facilite un apego seguro del paciente. Todo ello a pesar de que las tendencias en la organización sanitaria no vayan en esta dirección. Una alianza progresiva entre el psicoanálisis y la medicina de familia también pueden contribuir a cambiar esta orientación.

(Texto resumido y traducido por José Ramón Loayssa Lara a partir de los intercambios que he tenido durante la preparación de la Mesa).

Psicoterapia cognitivo-conductual en Atención Primaria: dificultades para su implantación y nuevos desarrollos

J. García Campayo

Introducción

Los tratamientos psicológicos son difíciles de implementar en atención primaria por: a) El elevado nivel de formación por parte del profesional que requieren y b) el tiempo de dedicación en la consulta que exigen, en un sistema donde el tiempo medio de consulta es de 6 minutos. Esto hace que, en España, este tipo de tratamientos en atención primaria a nivel del sector público sea testimonial, y casi siempre sean administrados de forma concomitante y secundaria al tratamiento farmacológico.

La psicoterapia cognitivo-conductual¹

La teoría cognitiva surge a finales los años 60 del siglo XX con los trabajos de Beck y considera que la respuesta emocional del individuo ante cualquier suceso viene determinada no por el suceso en sí, sino por el significado consciente que se le atribuye. Es decir, no son los sucesos externos los que nos hacen felices o desgraciados, sino lo que nosotros pensamos de ellos, las interpretaciones y las expectativas que desarrollamos lo que nos ocurre. Todos tenemos la experiencia de que, ante un mismo suceso, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida de empleo o el padecimiento de una enfermedad, diferentes personas reaccionan de distinta manera: Algunos individuos se adaptan con más facilidad mientras que otros se hunden emocionalmente y desarrollan una depresión u otro trastorno psiquiátrico. Generalmente, aceptamos que estas diferentes reacciones se explican por los distintos tipos de personalidad de cada individuo. Sin embargo, si analizamos en profundidad el problema, comprobamos que, entre el suceso externo que le ocurre a un individuo y el sentimiento que experimenta, existe siempre un factor clave en el proceso, que se denomina diálogo interno. El diálogo interno es la charla que continuamente mantenemos con nosotros mismos a nivel mental y que comenta y etiqueta cada suceso externo que nos ocurre, y cada emoción o pensamiento interno que experimentamos. Si este diálogo interno contiene pensamientos positivos, desarrollaremos emociones positivas. Por el contrario, si predominan pensamientos negativos experimentaremos sentimientos negativos.

La psicoterapia cognitiva es una psicoterapia reglada que, como tal, presenta unas indicaciones específicas y sólo puede ser administrada por psiquiatras y psicólogos específicamente entrenados y que cumplan los requisitos que exigen las asociaciones de psicoterapia. No obstante, existen experiencias satisfactorias de profesionales de atención primaria que se especializan en ciertos tipos de abordajes cognitivo-conductuales y que tratan determinadas patologías con un elevado índice de mejoría. Por otra parte, la psicoterapia cognitiva también es útil para el autoconocimiento y el bienestar psicológico de los individuos sanos. Es decir, estaría indicada en la mayoría de las personas sanas y en gran cantidad de los individuos que se ven en las consultas de atención primaria, muchos de los cuales presentan malestar psicológico leve. Ante la imposibilidad de que este

gran número de personas pueda tener acceso a profesionales adiestrados en estas técnicas psicológicas, y ante el hecho de que, debido a la leve intensidad de su malestar psicológico no requerirían más que algunos elementos cognitivos sencillos para su mejoría, algunos profesionales se plantearon la utilidad de desarrollar paquetes psicológicos fácilmente utilizables por el propio individuo, y por médicos de atención primaria con formación específica en este campo. En la ponencia resumimos algunas de estas experiencias empleadas en atención primaria.

Desarrollos de la psicoterapia cognitivo-conductual

Existen dos desarrollos específicos de la psicoterapia cognitivo-conductual que se están empleando ampliamente en atención primaria. Son los siguientes:

a) Psicoterapia de resolución de problemas²: Es una psicoterapia de tipo cognitivo-conductual que se caracteriza por su brevedad (bastan 4-6 sesiones de unos 30 minutos) y la escasa necesidad de formación del terapeuta. Es beneficiosa en la depresión leve a moderada en atención primaria, siendo más efectiva que el placebo o la lista de espera y tan efectiva como los antidepresivos a los 6 meses. Puede ser administrada con éxito por médicos de familia y enfermeras.

b) Biblioterapia³: Se define como tal la utilización de libros de autoayuda por parte del paciente, mientras es supervisado de forma periódica por su médico. Las revisiones sistemáticas en atención primaria encuentran evidencia de que es efectiva en la depresión leve, comparada con el grupo control en lista de espera o con la atención convencional. Requiere prácticamente nula formación del terapeuta y escaso tiempo en consulta, pero exige ciertos requisitos a la hora de ser aplicada, que se resumen en la exposición.

Conclusión

Pese al problema de la saturación asistencial y del escaso tiempo del que dispone el médico de atención primaria en las consultas, y pese al sesgo biológico en lo científico y economista en el plano de la gestión, la psicoterapia en general surge como una opción factible, útil en indicaciones precisas en atención primaria y especialmente satisfactoria para los profesionales. En esta ponencia hemos revisado la evidencia científica sobre la eficacia de una de las principales psicoterapias, la cognitivo-conductual (en sus dos versiones posibles: individual y grupal) en las patologías más prevalentes en este entorno, así como los esfuerzos y dificultades para su integración en la práctica clínica diaria. También se analizarán algunos desarrollos específicos que ha tenido estas terapias en atención primaria, como la terapia de resolución de problemas o la biblioterapia y, que por su enorme importancia y amplia eficacia, requieren una sección especial. Se darán algunas normas para poder combinar ambas terapias e introducir las de forma habitual en la consulta.

Bibliografía

1. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Consenso en el tratamiento de las depresiones. Barcelona: Ars Médica, 2005.
2. García Campayo, Hidalgo I, Orozco F. Psicoterapia de resolución de problemas para atención primaria. Editorial Ars XXI: Barcelona, 2005.
3. Den Boer PC, Wiersma D, Van den Bosch RJ. Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis Psychol Med. 2004;34:959-71.

En busca de una intervención biopsicosocial para Atención Primaria

J. M. Aiarzaguena Sarriugarte

Modelo bio-psico-social: ¿necesidad o retórica?

Los médicos preferimos, porque nos encontramos más cómodos, un modelo bio-médico centrado en la enfermedad y en el que la salud es entendida como la ausencia de enfermedad. El problema que genera este modelo es que no permite explicar el 30% de nuestras consultas, y que incluso cuando somos capaces de realizar un diagnóstico bio-médico a partir de los síntomas que presenta el paciente, el número de veces que este paciente acude a nuestras consultas depende más de factores psicosociales que de parámetros bio-médicos. Por este motivo necesitamos recuperar el concepto de salud en su sentido más amplio y definirlo como la sensación de bienestar físico, psíquico y social, y no entenderlo sólo como

ausencia de enfermedad o dolencia. Este concepto de salud puede ser operativizado en base a dos parámetros, la presencia/ausencia de enfermedad y la buena/mala calidad de vida relacionada con la salud. En un estudio casos/control demostramos que la edad, la enfermedad física crónica, la enfermedad mental y el estrés explicaban el 80% de la hiperutilización de servicios de nuestras consultas de Atención Primaria. Estos datos apuntaban la necesidad de incorporar a los factores biológicos, los factores psicosociales para poder así empezar a entender el nuevo patrón de utilización de nuestras consultas de Atención Primaria. Este sigue siendo nuestro reto desde hace más de 10 años.

El camino realizado en la búsqueda de esta intervención biopsicosocial

Ante esta situación se podían tomar distintos caminos; el camino que elegimos nosotros, basado en nuestra experiencia, se basaba en la hipótesis de que los médicos sabíamos suficiente sobre la enfermedad mental, sobre lo que era la depresión y la ansiedad, y que si no diagnosticábamos más era por que evitábamos estos diagnósticos, debido a que no sabíamos qué hacer con ellos, y que la solución a este problema vendría de disponer de herramientas de manejo, porque si supiéramos qué hacer con ellos no evitaríamos la detección.

Basado en esta hipótesis de trabajo comenzamos a trabajar en la elaboración de una intervención biopsicosocial beneficiosa para los pacientes y asumible por los médicos en el contexto de las saturadas consultas de atención primaria.

El primer paso consistió en conocer qué es lo que estábamos haciendo en este campo. Para ello realizamos un estudio cualitativo, serie de casos, en el que analizamos las consultas con 52 pacientes que habían sido video-grabadas. Para ello conté con la colaboración de Julen Ariño, médico-psi-quiatra, y analizando qué elementos funcionaban y cuales no, fuimos capaces de estructurar una intervención psicosocial que lo denominamos con el acrónimo d-e-p-e-n-a-s.

Una vez estructurada la intervención realizamos un estudio piloto, en el que los tres residentes de tercer año de medicina familiar de nuestro centro, realizaron la intervención a cuatro pacientes somatizadores (criterio Escobar). La intervención consistió en 6 sesiones de media hora cada una. En este estudio piloto vimos que los residentes eran capaces de llevarlo a la práctica, y que los pacientes también lo aceptaban.

Animados por estos resultados realizamos un ensayo clínico en el que participaron 39 médicos, realizando cada uno de ellos seis consultas de media hora con cada uno de los 4 pacientes somatizadores (criterio Escobar), pero con contenidos diferentes. En primer lugar, la forma de realizar la re-atribución de los síntomas del paciente. Mientras que el grupo control los vincula con la ansiedad, depresión y estrés, utilizando para ello los modelos explicativos y demostrativos (Goldberg, Gask); el grupo intervención los vincula a una alteración física, de tipo hormonal, desencadenada por la forma de interpretar los acontecimientos de la vida. En segundo lugar, mientras el grupo control, tras un breve examen físico desaconseja posteriores exámenes clínicos; el grupo intervención enfatiza en que el origen de los síntomas es indistinguible, ya se trate de dicha alteración hormonal o de enfermedades en su corazón, cerebro o cualquier otro órgano; e insiste por tanto, en que se trabajará de forma simultánea con ambas hipótesis. Finalmente, la forma como el grupo control pregunta acerca de síntomas de ansiedad y depresión es directa: «¿Cómo se siente?», «¿Cómo es su ánimo?»; mientras que el grupo de intervención lo hace siempre de forma indirecta. Para ello, el médico da un rodeo utilizando los síntomas concretos que presenta el paciente, le plantea situaciones en las que es frecuente la presencia de sus síntomas o de los posibles sentimientos que pueda tener y acepta de forma anticipada la validez de cualquier respuesta que pueda dar el paciente. Todo ello en un intento de asegurarle que cualquier persona que presentara esos síntomas o que se encontrara en esas situaciones estaría igual que él. No hay motivo alguno para avergonzarse o sentirse culpable.

Como variable resultado del ensayo clínico utilizamos la calidad de vida relacionada con la salud, medida con el SF-36.

Los 156 pacientes del estudio, todos somatizadores según el criterio de Escobar, presentaron en el último año una media de 15 síntomas físicos activos, 12 de ellos sin explicación física y 3 de ellos derivados de alguna enfermedad física. El 80% de ellos presentaban algún trastorno mental, sobre todo ansiedad y depresión, y su calidad de vida relacionada con la salud era muy mala, estando dos desviaciones standard por debajo de la calidad de vida de la población de la comunidad autónoma vasca.

En cuanto a los resultados del ensayo clínico podemos decir que el grupo de penas consiguió mejores resultados que el grupo control, sien-

do las diferencias estadísticamente significativas para las escalas de función física, función social, dolor corporal, vitalidad y salud mental ($p < 0,039$), pero aunque estadísticamente significativas, si exceptuamos la escala de dolor corporal en que la diferencia la consideramos importante, en el resto de las escalas la relevancia clínica de la diferencia es pequeña o nula.

La conclusión de este estudio fue que íbamos por el buen camino, pero que había que mejorar la intervención de penas. Con este objetivo de mejora de la intervención hemos realizado un estudio cualitativo, en el que 20 médicos han realizado la intervención con dos de sus pacientes somatizadores. Todas las consultas de la que consta la intervención han sido grabadas en vídeo, para que luego sean analizadas, utilizando el método denominado Análisis de las Conversaciones.

El análisis de las vídeo-grabaciones realizadas por los médicos con el primero de sus pacientes del estudio, detectó la necesidad de estructurar la intervención y la necesidad de que los médicos fuesen capaces de responder en cada momento a las preguntas de ¿qué estoy haciendo? Y ¿cómo lo estoy haciendo? La estructura de la intervención que surgió de este estudio fue la siguiente: 1) Los síntomas están potenciados por una alteración hormonal relacionada con la forma de tomarse las cosas. 2) Exploración de la vida actual, utilizando el síntoma que presenta el paciente. 3) Exploración ciclo vital y familiar, siempre de una forma indirecta. 4) Hablamos sobre el proyecto de vida. 5) Hablamos sobre personas distintas. 6) Relacionamos la alteración hormonal potenciadora de síntomas con el miedo a asumir la responsabilidad de la vida, con la falta de límites, la rigidez, etc.

Con este esquema se trabajó con el segundo de los pacientes del estudio. En estos momentos estamos analizando estas videograbaciones y los resultados aunque todavía no definitivos, apuntan a que hemos mejorado mucho pero que persisten los problemas en la fase de cambio de los pacientes.

Conclusiones

- La factibilidad de realizar estudios serios y rigurosos en atención primaria.
- La necesidad de realizar estudios serios y rigurosos en atención primaria, porque intervenciones lógicas y que van muy bien, luego no funcionan cuando se generalizan y se ponen a prueba en las consultas reales de atención primaria.
- La mejora en la detección del sufrimiento psicosocial de los pacientes de atención primaria, viene de la mano de disponer de elementos de manejo, de saber qué hacer con ellos.
- Los pacientes aceptan las intervenciones psicosociales realizadas por su médico de atención primaria.
- La mezcla de síntomas de todo tipo que presentan estos pacientes, hace imprescindible que el profesional que los trate conozca las dos facetas, la física y la psicosocial, siendo el médico de familia el que cumple estos requisitos.
- Son pacientes complejos por lo que es fácil perderse con ellos. De aquí la necesidad de una intervención estructurada y protocolizada.

Abordaje psicológico del paciente con sufrimiento psicológico. Un reto para la medicina de familia

J.R. Loayssa Lara

En la Atención a la Salud Mental hoy día predomina una orientación en la que la intervención farmacológica es central a todos los niveles del sistema sanitario. Desde mi punto de vista, esta atención centrada en los fármacos (aunque puedan en muchas ocasiones tener un papel importante) que deja de lado una intervención psicoterapéutica va a contribuir a una cronificación de las situaciones de malestar psicológico. Algunos autores han llegado incluso a hablar de «narcotización del la infelicidad humana». En Atención Primaria esta situación de predominio del abordaje farmacológico se reproduce y solamente una minoría de médicos de familia realiza intervenciones psicoterapéuticas sistematizadas. Es verdad que la relación que el paciente tiene con el médico en muchas ocasiones supone en si misma un factor terapéutico y que éste realiza una labor de apoyo psicológico no reglado. Pero también es un hecho que el médico de familia puede a veces adoptar roles inapropiados como actuar de «asesor» o pueden producirse fenómenos de colusión con aspectos patológicos del paciente.

Otra limitación de la labor de apoyo psicológico del paciente que realiza el médico de familia es la falta de una fundamentación teórica a pesar de que la psicopatología humana es lo suficientemente compleja como para confiar en el sentido común como guía para las intervenciones psicoterapéuticas como muchos médicos parecen creer.

La necesidad de una intervención psicoterapéutica desde la medicina de familia está clara. Basta con recordar la frecuencia de problemas emocionales en la consulta y la insuficiencia de una respuesta exclusivamente medicalizada. Pero una vez que se ha reafirmando la necesidad de una intervención psicoterapéutica, hay que preguntarse por su viabilidad. Aquí creo que la respuesta debe ser positiva aunque sea necesario insistir en la necesidad de dotar a los médicos de familia de unos mínimos recursos, principalmente tiempo, para permitir la dedicación requerida.

Preguntarse sobre la factibilidad de que el médico de familia lleve a cabo psicoterapia significa discutir si son viables y potencialmente efectivas intervenciones breves, pero continuadas a lo largo del tiempo, para pacientes en muchos casos con problemas complejos, donde el contrato terapéutico es flexible e informal.

Si existe un contexto apropiado para una terapia basada en intervenciones breves o a veces ultra breves pero recurrentes a lo largo de un largo periodo que van promoviendo pequeños cambios y facilitando pasos hacia delante que se pueden retomar posteriormente para seguir avanzando este es la atención primaria. Sin embargo, también es necesario reconocer la existencia de obstáculos como la propia relación previa, que puede plantear algunas dificultades, ya descubrir las propias debilidades y fantasías ante un conocido puede resultar más difícil que ante un completo extraño.

A pesar de esta y otras limitaciones hay que recordar algunas potencialidades de la atención primaria como es el efecto de contención que puede representar la accesibilidad del centro de salud o la posibilidad de trabajar con personas con tendencia a la dependencia, con quienes abordajes breves en otros contextos pueden resultar ineficaces. Asimismo, por las propias naturaleza de la tarea del médico tiene la ocasión de integrar un abordaje de los problemas físicos y psíquicos que a menudo coexisten en un mismo paciente. También en atención primaria se facilita la posibilidad de comunicar con la parte enferma pero también con la sana del paciente.

Por supuesto que sería una irresponsabilidad no reconocer la psicoterapia es una intervención compleja y que requiere unos requisitos. Entre estos requisitos destaca una adecuada formación del médico de familia. Un obstáculo para la introducción de la terapia psicológica en atención primaria podría ser la multitud de escuelas y orientaciones que existen dentro de la salud mental. El médico de familia tendría que optar entre una y otra perspectiva para trabajar de forma fundamentada con sus pacientes. No se puede negar es conveniente que el médico de familia se familiarice con los fundamentos de las distintas perspectivas y que contraste estas con su propia experiencia. Pero las evidencias apuntan a que los factores inespecíficos de la terapia (la alianza terapéutica, el apoyo emocional, la escucha, la contención, etc.) son al menos tan importantes como las técnicas específicas. Pero esto no obvia la necesidad de un mínimo entendimiento psicológico del paciente y la naturaleza de sus conflictos, la posibilidad de acercarse a comprender la interacción entre los problemas externos y las vulnerabilidades derivadas del pasado del paciente, de identificar las líneas centrales del funcionamiento de la personalidad del paciente, y otras dimensiones como su estilo cognitivo.

Creo que el movimiento hacia la integración que se da dentro de la salud mental facilita la posibilidad de intervenciones psicoterapéuticas del médico de familia, que no tienen que estar constreñida a un modelo estricto y rígido. Otra circunstancia favorecedora es la nueva actualidad de la psicoterapia de apoyo que siempre se ha considerado muy relacionada con el rol del médico de familia y, de hecho, en los protocolos y propuestas de salud mental, después de detallar el tratamiento farmacológico, habitualmente se incluye la coetiquilla de la necesidad de complementar este tratamiento con terapia de apoyo.

No es el lugar para detallar cual o cuales son la fórmula de combinación de las distintas corrientes psicológicas pero si que creo que el médico de familia debe utilizar algunas técnicas de orientación cognitivo conductual pero también debe recoger algunas aportaciones del psicoanálisis y tener una perspectiva sistémica de los síntomas y situarlos en el contexto relacional del paciente. Por ejemplo no creo que se pueda hacer una psicoterapia cognitivo conductual efectiva y con garantías sin ser capaz de identificar los procesos de transferencia y contratransferencia que se dan en la relación médico-paciente.

La mayoría de las intervenciones que realiza el médico de familia, aunque puedan incorporar diversas técnicas de diferentes perspectivas teóricas, se van a situar dentro de un marco de terapia de apoyo. La relación con el paciente dentro de este marco se debe convertir en una experiencia emocional correctora que permita al paciente abandonar formas de relación interpersonal basadas en la hostilidad, el autocastigo, las conductas de entrega sin equilibrio, o las actitudes seductoras.

El trabajo psicológico debe permitir el cambio del paciente a través de promover el insight y de permitirle elaborar, expresar y reconstruir sus historias personales en un relato menos opresivo y negativo. Esta relación de apoyo supone crear un espacio donde la verbalización de las emociones y experiencias, que resulta contenedora y terapéutica, tenga lugar. Lograr que el paciente pueda representar verbalmente y reflexionar sobre su experiencia relacional y emocional es una base para conseguir que desarrolle vínculos emocionales más sólidos.

La terapia de apoyo no significa renunciar a buscar un cambio en el paciente. Se debe buscar un entendimiento del papel que los propios pacientes juegan en lo que sucede en su vida, para evitar un refugio en el victimismo justificado en las injusticias que han sido objeto. La actitud de terapeuta es necesario que combine la empatía y la aceptación del paciente como persona con un cierto desafío mediante señalamiento y a veces interpretaciones.

Hemos hablado de la necesidad de una formación del médico de familia para que adquiera competencia para llevar a cabo estas intervenciones psicológicas. Esta formación debe tener una parte teórica pero ésta no es la fundamental. Lo fundamental es desarrollar una serie de capacidades emocionales como la contención, el autoconocimiento y la capacidad de reflexión. La formación tiene que tener un componente experiencial y el médico tiene que sentir los desafíos y dificultades que plantean los cambios personales, ser capaz de renunciar o flexibilizar sus defensas psicológicas y aprender a contactar con sus propios conflictos. Solo así estará en condiciones de poder entender a sus pacientes y de actuar en función de las necesidades de estos y no de las propias, evitando así proyectar sus propios problemas. Los grupos de reflexión (Balint y sus variantes) son un instrumento irrenunciable para lograr la capacitación necesaria y la falta de desarrollo e incluso el retroceso que ha experimentado este tipo de propuestas formativas representa un gran handicap para afrontar el reto que para el médico de familia supone la atención a la salud mental.

Atención al paciente con cáncer

Moderador:

M. Esteve Cantó

Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Gabinete Técnico. Gerencia Atención Primaria de Mallorca. Coordinadora del Área de Cáncer de la RedIAPP.

Ponentes:

F. Olesen

Médico, Profesor. Research Unit for General Practice. Universidad de Aarhus. Dinamarca.

C. Coscollar Santaliestra

Médico de familia. Centro de Salud Arrabal. Zaragoza.

S. Pita Fernández

Médico de familia. Unidad de Investigación del Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

R. Duro Robles

Médico de familia. Centro de Salud Santa María, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Grupo de Comunicación y Salud.

Introducción

M. Esteve Cantó

Dentro del proceso asistencial del cáncer los equipos de atención primaria juegan un papel relevante. El médico de familia puede dar consejos de educación sanitaria para disminuir los factores de riesgo asociados al cáncer. Alguno de ellos como el consejo antitabaco, es considerado como una de las actividades más coste-efectivas en salud pública. También tiene un papel preponderante en la detección precoz del cáncer asegurando la efectividad de los programas poblacionales, impulsando la participación de sus pacientes, y dando consejos sobre los resultados, vigilando la aparición de nuevos síntomas entre intervalos de cribaje y ayudando a toma decisiones sobre las mejores opciones sobre actividades preventiva. Se espera del médico de familia su capacidad para reconocer síntomas/signos comunes que pudieran ser predictivos de una neoplasia en la comunidad. Al mismo tiempo por su papel de «cuidador» del paciente en la comunidad es el facultativo con mayor capacidad para reconocer lo que se ha venido a llamar «evidencia dinámica» o sea la aparición de nuevos síntomas, la persistencia de un síntoma o los cambios en las características de un problema antiguo. También se espera que tome las decisiones más apropiadas para un diagnóstico lo más rápido posible. Últimamente además, se debaten nuevas competencias en la actuación del médico de atención primaria ante el paciente con cáncer en las que se debe profundizar:

¿Es el seguimiento del paciente oncológico desde atención primaria una opción más eficiente?

¿Cuál sería el tipo de seguimiento que el paciente con cáncer pudiera necesitar? y ¿que puede ofrecer el médico de familia?

¿Puede participar el médico de familia en el tratamiento del cáncer?

¿Qué aspectos comunicativos debe desarrollar el médico de familia ante un paciente con cáncer?

Sin embargo la atención primaria no ha sido vista tradicionalmente como un elemento central en la planificación y provisión de servicios oncológicos. Este hecho refleja, en parte, la disociación entre la medicina familiar y los otros servicios de atención al paciente con cáncer. Como consecuencia la intervención del médico de familia en la atención al paciente oncológico no se hace fácilmente «visible» tanto en lo que se refiere a presencia de esta Área en congresos, guías de práctica clínica, actividades formativas o investigación. Así, aún cuando el médico de atención primaria interviene en el diagnóstico del 80% de casos de cáncer la mayor parte de la investigación en síntomas de cáncer ha sido realizada en los hospitales implicando importantes diferencias en la validez diagnóstica y en su traslación a las guías de práctica clínica. Lo mismo ocurre con

la investigación de otras áreas de atención al paciente oncológico en atención primaria.

Con esta mesa pretendemos reflexionar sobre el cuidado del paciente con cáncer desde atención primaria, potencialidades, dificultades y retos en el futuro. También pretendemos abrir una puerta para que esta competencia del médico de familia se haga más visible en un futuro y desafiar a los participantes a realizar una mayor inversión en la investigación de las necesidades de la atención primaria en la atención oncológica.

Bibliografía

- Antik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. When patients have cancer, they stop seeing me – the role of the general practitioner in early follow up of patients with cancer – a qualitative study' BMC Family Practice. 2006;7:19.
- Hamilton W, Round A, Sharp D, Peters TJ. Clinical features of colorectal cancer before diagnosis: a population-based case-control study. Br J Cancer. 2005;93:399-405.
- Holtedahl K, Norum J, Anvik T, Richardsen E. Do cancer patients benefit from short-term contact with general practitioner following cancer treatment? A randomised, controlled study. Support Cancer Care 2005. p. 949-56.
- Kousgaard KR, Nielsen JD, Olesen F, Jensen AB. General Practitioner assessment of structured oncological information accompanying newly referred cancer patients. Scand J Prim Health Care. 2003;21:110-4.
- Ruiz-Torrejón A, Ramos-Monserrat M, Llobera-Cánaves J. El médico de atención primaria y el diagnóstico de los pacientes con cáncer. Aten Primaria. 2006;37:16-21.
- Summerton N. Symptoms of possible oncological significance: separating the wheat from the chaff. BMJ. 2002;325:1254-5.

The cancer journey – What is the role of general practice?

F. Olesen

The presentation will focus on the cancer journey as presented in Fig. 1 and discuss how we can create a balanced, well-organized health care system. Two factors seem to be important:

First, the health care system must have a strong frontline function with general practice in a key role^{1,2}. A strong frontline function is a prerequisite for:

- Good health promotion and prevention
- An appropriate, early diagnosis
- A good rehabilitation phase
- Good palliation and support to dying patients and their relatives.

Next, it is important that we can create a seamless cancer journey for the individual patient from the very first symptom until onset of treatment, and this seamless care should also focus on the period after end of treatment, helping patients to return to normal life or as normal as possible³. Based on research from my department I will give examples of clinical and health services research in primary care that aims to ensure both good clinical care for the individual patient and a well-functioning health care system with general practice in the front line.

References

1. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344:1129-33.
2. Larson EB, Grumbach K, Roberts KB. The future of generalism in medicine. Ann Intern Med. 2005;142:689-90.
3. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. Quality in Health Care. 1999;8:16-21.

La demora y el diagnóstico rápido del cáncer en Atención Primaria

C. Coscollar Santaliestra

Diversos aspectos relacionados con el cáncer ocupan cotidianamente al médico de Atención Primaria (MAP). Se han debatido y siguen debatiéndose aspectos relativos a la prevención con el objetivo de disminuir la incidencia de cáncer y adelantar un diagnóstico precoz y un tratamiento más temprano que mejore el pronóstico¹. Aunque este planteamiento tiene una lógica formal que no parece ser sujeto de debate, surgen contro-

versias entorno al aparente beneficio y a los riesgos que puede acarrear lo que se ha denominado «*entusiasmo por el cribado del cáncer*»², o desde otra perspectiva «*la industria del cribado*»³.

La demora en el diagnóstico del cáncer y su relación con un peor pronóstico es la cuestión de fondo que justifica la oportunidad de estos debates. Es una preocupación prioritaria de los actuales planes de salud oncológicos⁴⁻⁶ que requiere una intervención a diferentes niveles. Nos vamos a ocupar del diagnóstico rápido, entendido como el conjunto de estrategias encaminadas a disminuir el tiempo de espera entre la sospecha diagnóstica y su diagnóstico y tratamiento⁷. Y más concretamente de aquellos aspectos que están directamente relacionados con las oportunidades y dificultades con las que se enfrenta el profesional de AP.

Parecería innecesario justificar la importancia del *diagnóstico rápido*, dada su estrecha relación con el adelanto en los tiempos de diagnóstico. Por otro lado, la posición de los profesionales de AP los convierte en elemento clave del proceso. Todo responde a una lógica aplastante si no fuera porque los datos disponibles desbaratan las apariencias e incluso presentan informaciones paradójicas que revelan en algunos casos mejores pronósticos de los pacientes en los que el período transcurrido entre la percepción de sus primeros síntomas y el inicio del tratamiento fue más largo. Claro que esta paradoja es sólo aparente y en los casos en los que se ha descrito⁸⁻¹⁰ lo que parece es seleccionar sesgadamente aquellos procesos biológicamente menos agresivos y con mejor pronóstico^{11,12}. Tan solo el cáncer de mama parece responder a la lógica inicial y aunque hay algún dato discordante¹³, se reconocen peores supervivencias cuando el retraso total supera los tres meses¹⁴⁻¹⁶. Parece, por tanto, que la supervivencia está más relacionada con la agresividad del tumor y con el estadio en el que el tumor es diagnosticado, que con el retraso en sí mismo.

Esta situación no debiera justificar una actitud complaciente. Alguno de los determinantes de estos retrasos traduce problemas estructurales y organizativos que difícilmente son conciliables con la razón de ser del propio Sistema y son un índice de calidad del proceso diagnóstico prestado por sus profesionales. Además, el retraso *per se* o su percepción como tal, tiene un significado que va más allá de su implicación en el pronóstico. Puede ser motivo de crisis en la relación entre el paciente y su médico de familia en un momento en el que se hace más necesaria. La incertidumbre acerca del beneficio real de un diagnóstico más temprano no es fácil de comunicar al paciente que tiene muy arraigada la vinculación entre retraso y peor pronóstico. Otra cuestión diferente es cómo deben valorarse estas cuestiones por quien tiene la responsabilidad de gestionar de modo eficiente los recursos.

El tiempo de demora que mejor evalúa los aspectos relacionados con el *diagnóstico rápido* del cáncer y con la eficiencia y calidad de la intervención del médico, es el transcurrido entre la primera consulta y la fecha del diagnóstico definitivo. Esta primera consulta, en nuestro medio, se hace en el 75-80% de las ocasiones con el MAP¹⁷. La mediana global para este tiempo en un estudio llevado a cabo en nuestro medio se estimó en 86 días, llegando a superar los 200 días para el cáncer de próstata y en el entorno de los 400 días para los de piel, incluido el melanoma, y el de labio. Los autores comunican que estos tiempos son concordantes con los comunicados por otros autores¹⁸.

Probablemente las medidas mejor estructuradas y encaminadas a mejorar este aspecto de la demora se han llevado a cabo en el Reino Unido. Fueron promovidas tras observar una mayor mortalidad por varios cánceres y su posible relación con un diagnóstico en estadios de la enfermedad más avanzados¹⁹. El plan oncológico del National Health Service incluía intervenciones y compromisos a diferente nivel y entre ellos el de disminuir algunos de estos tiempos de espera. En el tema que nos ocupa, estableció un plazo máximo de dos semanas (TWR: two week referral) entre la derivación por parte del MAP y la cita con el especialista correspondiente, y el plazo de un mes que no debía ser sobrepasado para iniciar el tratamiento tras la sospecha de cáncer, considerando algunas excepciones relacionadas con la naturaleza de algunos procesos diagnósticos o con las preferencias del paciente⁴. Se dotó al Plan de los recursos e infraestructuras necesarias y se elaboraron una serie de formularios y criterios de derivación para cada uno de los cánceres más frecuentes. En España ha habido alguna experiencia del mismo tipo en Cataluña y dirigida a los tumores más frecuentes: mama, colorectal, próstata y pulmón para los cuales se han establecido unos criterios clínicos de derivación y unos circuitos asistenciales preferentes²⁰.

La situación ideal para el médico clínico sería disponer de alguna herramienta que le permitiera estimar las probabilidades de padecer cáncer a partir de los datos clínicos, de la presencia de signos y síntomas en diver-

sas combinaciones y según diversas características de cada paciente (edad, sexo, antecedentes personales y familiares, exposiciones laborales y ambientales, etc.). Todo quedaría reducido a determinar el umbral de derivación, aquella probabilidad que aconsejara la derivación para el estudio y diagnóstico definitivo. Como en tantos otros escenarios se trataría de ir recortándole terreno a la incertidumbre en un contexto de baja prevalencia (la mayor parte de nuestros «pacientes» están sanos, incluso la mayor parte de los que consultan con algún síntoma sospechoso) y de estadios iniciales de la enfermedad que hacen la tarea especialmente difícil al MAP.

Diversos esfuerzos se han hecho en esta línea para ayudar al médico clínico a encontrar la *aguja en el pajar*. Idealmente se trataría de disponer de reglas de decisión basadas en el «valor diagnóstico» de los síntomas, a modo de lo que ya es una rutina en la estimación del riesgo en patología cardiovascular. Pero todos los esfuerzos se han visto enfrentados a una aciaga realidad: la falta de datos, la ausencia de «evidencia».

Como hemos comentado en párrafos precedentes, se han publicado una serie de guías para asistir al médico clínico en la mejora de las derivaciones. Incluyen valoraciones cualitativas de una serie de síntomas que aconsejan la derivación urgente para la evaluación diagnóstica en la instancia adecuada. Aportan información actualizada del valor relativo de diversos síntomas. Evaluaciones posteriores de estas guías concluyen valoraciones dispares²¹⁻²³. En algunos casos se insiste en seguir trabajando en esa línea, pero también se han señalado los puntos débiles de esta estrategia que se refieren fundamentalmente a los siguientes aspectos:

1. Los síntomas evaluados en estas Guías, y en los que se basa la decisión de derivar o no al paciente, son síntomas de presentación frecuente en AP y, por tanto, tienen una especificada baja (elevada tasa de falsos positivos) que ha ocasionado importante número de derivaciones de pacientes que resultaron negativos.
2. Puede ocasionar el retraso en la derivación de pacientes con signos etiquetados de menor riesgo y, que por tanto, no cumplan los requisitos de las Guías de derivación y que finalmente desarrollan cáncer.
3. Hay dudas sobre la eficiencia de estas Guías, que según algunos autores se basan en una evidencia escasa sobre el valor de los síntomas para la población en la que van a utilizarse, y sobre una suposición no bien documentada acerca de la relación favorable entre el pronóstico y la demora diagnóstica. En este sentido, no son insignificantes los efectos ocasionados por un falso positivo, relativos a intervenciones innecesarias, consumo innecesario de recursos, ansiedades y preocupaciones generadas, etc.

Probablemente debemos de reconocer la imposibilidad de encontrar respuestas definitivas, y siempre debemos manejarnos en un terreno de probabilidades en el que la competencia del profesional, el juicio clínico, el conocimiento del paciente y su entorno, las experiencias previas del paciente y del médico, en una mezcla compleja con una realidad marcada por la escasez de tiempo, las expectativas del paciente, etc. conforman finalmente una decisión que difícilmente es acomodable a una regla predecible.

A modo de resumen, y sin entrar en lo que sería una prolija valoración de los síntomas (para lo cual aconsejo la lectura de una extensa revisión del tema publicada en 2005 por el National Institute for Health and Clinical Excellence²⁴) podríamos coincidir en las siguientes recomendaciones generales, referidas a la fase de diagnóstico:

1. El MAP debe de ser consciente de que el diagnóstico basado exclusivamente en criterios clínicos puede ser difícil.
2. Los profesionales de AP deberían de estar familiarizados con el patrón típico de presentación de cada cáncer e identificarlo con facilidad en los pacientes que consulten con ellos.
3. Los profesionales de AP deberían pensar en la posibilidad de cáncer cuando se encuentran frente a un patrón inusual de síntomas, o cuando la mejoría no se produce en los plazos habituales o esperados.
4. En los niños, el cáncer no es un proceso habitual y su reconocimiento suele presentar dificultades añadidas. En este sentido, debe reconocerse en los padres a los mejores observadores y atender sus preocupaciones.
5. En los pacientes con un patrón clínico compatible con cáncer, las posteriores investigaciones en Atención Primaria no deben ser motivo de retraso en la derivación. En casos con patrón menos típico, estas investigaciones pueden ser necesarias, pero deben llevarse a cabo de modo urgente.

6. Los médicos deben de participar en actividades para mantener y mejorar su competencia en la detección de cáncer en estadios iniciales.

Bibliografía

1. Marzo M, Bellas B, et al. Prevención del cáncer. Programa de actividades preventivas y promoción de la salud. Aten Primaria. 2005;36 Suppl 2:47-65.
2. Schwartz LM, Woloshin S, et al. Enthusiasm for cancer screening in the United States. JAMA. 2004;291:71-8.
3. Smith R. The screening industry. BMJ. 2003;326.
4. The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform. Department of Health. July 2000. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/45/13/04014513.pdf>
5. Instituto catalán de oncología. Plan director de oncología de Cataluña 2001-2004. Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Barcelona. Junio 2001.
6. Plan integral de prevención y control del cáncer en el País Vasco 1994-8. Victoria. Departamento de Sanidad 1995.
7. Marzo M. El diagnóstico rápido. Cuadernos de Gestión. 2002;8:25-36.
8. Porta M, Gallen M et al. Influence of «diagnosis delay» upon cancer survival: an analysis of five tumour sites. J Epidemiol Community Health. 1991; 45:225-30.
9. Pita Fernández S, Montero Martínez C, Pértiga Díaz S. Relación de la demora diagnóstica con el grado de invasión y supervivencia en el cáncer de pulmón. Rev Oncol. 2000;2 Suppl 1:62.
10. Pita Fernández S, Casariego Vales E et al. Demora diagnóstica, grado de invasión y supervivencia en el cáncer gástrico. Rev Oncol. 2000;2 Suppl 1:51.
11. Crawford SC, Davis JA et al. The waiting time paradox: population based retrospective study of treatment delay and survival of women with endometrial cancer in Scotland. BMJ. 2002;325:196.
12. Rupassara KS, Ponnusamy S et al. A paradox explained? Patients with delayed diagnosis of symptomatic colorectal cancer have good prognosis. Colorectal Dis. 2006;8:423-9.
13. Sainsbury R, Johnston C, Haward B. Effect on survival of delays in referral of patients with breast-cancer symptoms: a retrospective analysis. Lancet. 1999;353:1132-5.
14. Richards MA, Smith P et al. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. Br J Cancer. 1999;79:858-64.
15. Arndt V, Sturmer T et al. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany a population based study. Br J Cancer. 2002;86:1034-40.
16. Olivetto IA, Gomi A et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. Cancer. 2002;94:2143-50.
17. Rivera Casares F, Serra Cerdá M, et al. Características del diagnóstico de las neoplasias malignas en Atención Primaria. Aten primaria. 2002;29:407-13.
18. Bernal Pérez M, Gómez Bernal FJ, Gómez Bernal GJ. Tiempos de demora en el diagnóstico del cáncer. Aten Primaria. 2001;27:79-85.
19. Jones R, Rubin G, Hungin P. Is the two rule for cancer referrals working? BMJ. 2001;322:1555-6.
20. Instituto catalán de oncología. Plan director de Oncología de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Barcelona. Junio 2001.
21. Mahon CCW, Vaizey CJ, Taylor I, Boulos PB. Preliminary evaluation of United Kingdom National Referral Guidelines for lower gastrointestinal tract cancer. Colorectal Dis. 2002;4:111-4.
22. Eccersley AJ, Wilson EM, Makris A, Novell JR. Referral Guidelines for colorectal cancer – do they work? Ann R Coll Surg Engl. 2003;85:107-10.
23. Jones R, Rubin G, Hungin P. Is the two week rule for cancer referrals working? BMJ. 2001;322:1555-6.
24. Referral Guidelines for suspected cancer in adults and children. The National Collaborating Center for Primary Care. NICE Junio 2005. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=261649>

Demora diagnóstica y cáncer

S. Pita Fernández

La detección precoz de un cáncer, puede mostrar dos fenómenos diferentes¹: La extensión limitada de un tumor en el momento del diagnóstico o un corto periodo de tiempo entre el inicio clínico de la enfermedad y su diagnóstico.

Diferentes estudios han mostrado el impacto que la demora diagnóstica tiene sobre el estadio del tumor en el momento de la cirugía o del diagnóstico²⁻⁴, así como el impacto de la demora diagnóstica sobre la supervivencia^{1,4}. Diferentes autores han mostrado la relación entre la demora diagnóstica y el grado de invasión del cáncer. Algunos han sugerido^{5,6} o demostrado³ que el acortamiento de la demora disminuye el grado de invasión e incrementa la supervivencia. Otros, sin embargo, afirman que no que no hay necesariamente relación entre la demora con el grado de in-

vasión y la mortalidad^{1,2,7-9}. Los resultados de nuestros estudios son consistentes con estos hallazgos¹⁰⁻¹². Finalmente otros autores señalan que la demora diagnóstica no afecta el grado de invasión pero sí modifica la supervivencia⁴.

Los profesionales de atención primaria desempeñamos un papel muy importante en actividades de prevención, pero conviene recordar que el diagnóstico precoz no siempre mejora el pronóstico. Existen factores activos en la fase presintomática de una enfermedad que determinan claramente el pronóstico, ya que la fase sintomática sólo representa una pequeña parte de la historia natural de la misma.

La precocidad en el diagnóstico no siempre cambia el curso clínico de la enfermedad y la prevención primaria si se puede realizar será más eficaz que la secundaria.

Bibliografía

1. Porta M, Gallen M, Malats N, Planas J. Influence of «diagnostic delay» upon cancer survival: an analysis of five tumour sites. J Epidemiol Community Health. 1991;45:225-30.
2. Billing JS, Wells FC. Delays in the diagnosis and surgical treatment of lung cancer. Thorax. 1996;51:903-6.
3. Christensen ED, Harvald T, Jendresen M, Aggestrup S, Petterson G. The impact of delayed diagnosis of lung cancer on the stage at the time of operation. Eur J Cardiothorac Surg. 1997;12:880-4.
4. Robinson E, Mohilever J, Zidan J, Sapir D. Delay in diagnosis of cancer. Possible effects on the stage of disease and survival. Cancer. 1984;54:1454-60.
5. Robinson E. The fight against the delay in the diagnosis of cancer. Biomed Pharmacother. 1984;38:321-2.
6. Oliver RT. Factors contributing to delay in diagnosis of testicular tumours. Br Med J (Clin Res Ed). 1985;290:356.
7. Mate Jiménez J, Carbo Perseguer J, Rodríguez Muñoz S, Pajares García JM. Influencia de la demora diagnóstica, edad y diferenciación tumoral de los adenocarcinomas de colon sobre el pronóstico de los mismos. Rev Esp Enferm Apar Dig. 1986;69:417-9.
8. Lim BS, Dennis CR, Gardner B, Newman J. Analysis of survival versus patient and doctor delay of treatment in gastrointestinal cancer. Am J Surg. 1974;127:210-4.
9. Holliday HW, Hardcastle JD. Delay in diagnosis of colorectal cancer. Lancet. 1979 May 26;1(8126):1138.
10. Pita-Fernández S, Montero-Martínez C, Perteiga-Díaz S, Vereas-Hernando H. Relationship between delayed diagnosis and the degree of invasion and survival in lung cancer. J Clin Epidemiol. 2003;56:820-5.
11. Pita Fernández S, Casariego Vales E, Perteiga Díaz S, Vázquez Iglesias JL. Demora diagnóstica, grado de invasión y supervivencia en el cáncer gástrico. Rev Oncol. 2000;2 Suppl 1:51.
12. Pita Fernández S, Perteiga Díaz S, Montero Martínez C. Detección precoz o prevención primaria del cáncer de pulmón. Med Clin (Barc). 2002;119:636.

Comunicación con el paciente oncológico

R. Duro Robles

El cáncer es una enfermedad crónica que culturalmente ha sido asociada a dolor y muerte. Su nombre, dado por Hipócrates, deriva de la palabra «kankros» que significa cangrejo y demuestra la similitud con que este animal atrapa y destroza a sus presas.

A pesar de que en los últimos años hemos avanzado enormemente en su abordaje y más de la mitad de los enfermos sobreviven a los 5 años del diagnóstico, el cáncer sigue siendo una de las enfermedades más temidas. Su diagnóstico suscita una imagen de soledad, abandono y desamparo; y se asocia a ansiedad y depresión.

En la atención al paciente oncológico una buena comunicación entre los profesionales de la salud y pacientes y familia es imprescindible, ayuda al paciente a adaptarse a su nueva realidad.

Los pacientes

El diagnóstico de cáncer supone en la vida de los pacientes y sus familias una ruptura brusca con la vida cotidiana. En el impacto producido destacan la despersonalización, la pérdida del equilibrio emocional, el miedo y las tensiones asociadas a los tiempos de espera. Sin olvidar la estigmatización de esta enfermedad que hace nuestra sociedad.

Para favorecer la autonomía del paciente y que éste pueda formar parte en la toma de decisiones respecto a su enfermedad, tendrá que ser informado de una forma correcta y amplia, y a ello nos alientan las leyes sanitarias y los derechos de los pacientes.

Así pues, ¿hemos de informar siempre? El deseo a ser informado ha cambiado en los últimos años. Cada vez mayor número de personas manifiestan querer ser informados. En estudios en población general alrededor del 80% querrían conocer el diagnóstico, y si el afectado fuera un familiar son pocos los partidarios de no decírselo nunca. Sin embargo, en encuestas a pacientes oncológicos el deseo de conocer la verdad es menor, y aún menos los familiares partidarios de comunicarlo.

En cualquier caso, los pacientes informados no sólo no pierden la esperanza, sino que muestran más confianza en el cuidado que reciben. Aunque hay enfermos no informados que aseguran no necesitar información adicional.

Profesionales de la salud

Estamos pasando de un modelo médico basado en el paternalismo, y en el que predomina el principio ético de beneficencia, a otro modelo en que se respeta la autonomía del paciente y se busca la implicación más directa del paciente en la toma de decisiones concernientes a sus problemas de salud, y eso sólo puede conseguirse desde una comunicación y una información adecuada.

En el mundo anglosajón se tiende a informar de forma sistemática. Sin embargo en nuestro medio las encuestas apuntan a una actitud generalizada en médicos y enfermeras de prudencia, casi de reserva o ambigüedad calculada. Tal vez porque la información ha de estar al servicio del proceso terapéutico, no para causar un mal mayor.

¿Es necesaria la formación en técnicas de comunicación?

Comunicar malas noticias es difícil y suele causar angustia y preocupación en el profesional que ha de darla. La forma en que lo hagamos puede causar un grave impacto psicológico. Los pacientes agradecen que se haga con sensibilidad, y ellos y sus familiares pueden albergar un resentimiento duradero si se hace mal. La comunicación del diagnóstico puede ser el primer paso para una larga relación. Una buena comunicación basada en la confianza, permite aumentar la participación y satisfacción del paciente, le ayuda a aceptar la información sobre su enfermedad y los tratamientos a los que será sometido, y da a la interacción médico-paciente una naturaleza terapéutica.

En general los médicos declaran sentirse poco preparados para atender los aspectos emocionales del enfermo y que los márgenes para mejorar su competencia comunicativa son amplios.

La experiencia adquirida con el tiempo y las características comunicativas innatas, no pueden sustituir a una formación específica en comunicación, y relación médico-paciente. Si nos formamos en estas técnicas mejorará la atención al paciente oncológico y nuestra confortabilidad ante estas situaciones.

Bases para una buena comunicación

El curso natural de una enfermedad oncológica puede ser largo, y en todo momento será preciso establecer una correcta comunicación con el paciente logrando que éste se sienta alentado a tener esperanzas y acompañado en su proceso.

Escucha activa. Ser capaces de crear un clima de escucha en el que el paciente pueda expresarse con libertad, demostrándole interés sincero por sus palabras. Una escucha atenta y activa, mostrándole respeto, le ayudará a enfrentarse con su propia realidad y a nosotros a conocer sus deseos y expectativas.

Empatía. Entendida clásicamente como «ponerse en el lugar del otro», y ser capaces de transmitirlo. Cualquier acto de comunicación impregnado de empatía será recibido por el paciente con mayor conformidad, reduciremos su ansiedad y aumentaremos su satisfacción.

Aceptación. Ser capaces de demostrarle al paciente que no le juzgamos, que lo aceptamos tal como es y que aceptaremos sus decisiones respecto a la enfermedad.

Reflexiones sobre comunicación con casos clínicos

Tomeu

Tomeu es un hombre de 70 años que acude a consulta mostrando una lesión en la planta del pie. La lesión sugiere un melanoma. Rápidamente lo citamos con dermatología en menos de una semana. El paciente capta «las prisas».

- Comunicación no verbal. Los enfermos son muy receptivos al comportamiento no verbal del personal médico, en particular si desconocen el diagnóstico, tratan de obtener datos que les informen de su situación.
- Preparar a los pacientes cuando la sospecha es alta o esperar a estar completamente seguros del diagnóstico.

Mª Dolores

Mª Dolores tiene 65 años. La remitimos a Unidad de Mama por sospecha neoplasia. Vuelve tras unas semanas, y explica que el especialista tras hacerle una mamografía le dijo «Señora, usted tiene un cáncer de mama, pero se podrá morir de cualquier otra cosa».

- Quién ha de dar la noticia. Sanitario que llega al diagnóstico, médico que mayor trato tiene con el paciente, Médico de familia vs. Oncólogo, familia,...

- Cómo hacerlo. En general se recomienda «al ritmo que nos marque el paciente». El sanitario ha de encontrar un clima emocional y un espacio físico adecuado, tener en cuenta qué sabe el paciente, qué quiere saber, compartir información, ver qué sentimientos está teniendo y poder responder a ellos, planificar el futuro y ofrecer apoyo continuo.

- Responder a sentimientos y emociones. Evaluar si las reacciones ante la nueva situación son adaptativas o no. Respuesta empática.

- Relación, coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. En encuestas a pacientes y familiares es una de las áreas con más necesidad de mejora.

Mª Luisa

Mª Luisa, mujer de 47 años con neoplasia de mama, acude con un pañuelo en la cabeza refiriendo «ya he perdido todo el cabello»

- Efectos secundarios de los tratamientos. Los tratamientos y la enfermedad en sí, producen un elevado impacto sobre la calidad de vida del paciente. Suelen ser invasivos, dolorosos, en ocasiones invalidantes e irreversibles.

- Trabajar la autoestima, ansiedad, depresión. No dudar en pedir ayuda o consultar con asistentes sociales, psicólogos, psiquiatras, asociaciones, etc.

Antonia

Antonia, 65 años, presenta un linfoma diagnosticado hace unos meses. Decidió rechazar tratamiento y quedarse en casa. Avisan para visita a domicilio. A pesar de su estado (caquexia, ictericia, prolapso rectal,...), refiere no tener dolor y, de alguna manera, preserva la esperanza. Me explican que le están dando un tratamiento de medicina natural.

- Respeto a la autonomía del paciente. En caso de que la autonomía choque con la no maleficencia o la beneficencia, negociar con el paciente.

- Medicinas alternativas.

Rosa

Acudimos al domicilio de Rosa, mujer de 79 años que vive con sus hijos y hasta ahora ha sido el referente de su familia. Diagnosticada de un tumor en mediastino. Decidió no tratarse, y al cabo de unos 5 años debuta con metástasis en cerebelo. Decide quedarse en casa. La familia no quiere que se le informe, aunque Rosa parece saber lo que tiene. En el salón hay una foto del Papa.

- Religión.

- Verdad soportable. Llegar hasta dónde el paciente nos deje.

- Conspiración de silencio vs. defensa intereses del paciente. Cuando negociamos con la familia nunca olvidar que «es con ellos con quién vive».

Maria

Maria, mujer de 56 años que vive con su marido e hija, presenta neoplasia pulmonar, metástasis cerebral. De ambas cosas ha sido intervenida. La evolución no es buena y entra en fase terminal. Siente que su familia le abandona, que buscan ocupaciones para no estar con ella, y no hablar de su situación.

- Trabajar sentimiento abandono.

- Abordaje de la familia, y de sus sentimientos.

- Fase terminal, agonía. Lugar de fallecimiento.

- Testamento vital, últimas voluntades.

- Duelo, en caso de fallecimiento.

El paciente oncológico precisa, en definitiva, de una comunicación sencilla y sincera durante todo su proceso. Que no puede verse enturbiada por el miedo o disconfort de los sanitarios ante estas situaciones. Es necesaria una buena formación en entrevista clínica dado que es una de las principales armas, tanto de comunicación como terapéutica, en el abordaje del paciente oncológico.

Bibliografía

- Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. «When patients have cancer, they stop seeing me»- the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer- a qualitative study. *BMC Family Practice*. 2006;7:19
- Astudillo Alarcón W y Mendinueta Aguirre C. La comunicación en la fase terminal. Biblioteca Básica DuPont Pharma para el médico de Atención Primaria 1996. p. 37-66.
- Benítez del Rosario MA y Asensio Fraile A. La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. *Aten Primaria*. 2002;30:463-6.
- Borrell i Carrió F. Entrevista Clínica, Manual de estrategias prácticas. Semfyc Ediciones. Barcelona, 2003.
- Centeno Cortés C, Núñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España. *Medicina Clínica*. 1998;110:744-50.
- Fernández Suárez A, Fernández Álvarez T, Alonso Arruquero C et al. Actitud de los usuarios de centro de salud ante el diagnóstico de enfermedad terminal. *Aten Primaria*. 2002;30:449-54.
- Guillem V, Lavernia J. Papel del médico general en la atención al enfermo tumoral. *Revisiones en Cáncer*. 2005;19:253-8.
- Jones RB, Pearson J, Cawsey AJ et al. Effect of different forms of information produced for cancer patients on their use of the information, social support, and anxiety: randomised trial. *BMJ*. 2006;1-7.
- Lizarraga Mansoa S, Ayarra Elia M, Cabodevilla Eraso I. Acompañamiento al final de la vida. *Form Med Contin Aten Prim*. 2005;12:471-81.
- Martínez Urionabarrenetxea K. Reflexiones sobre el testamento vital. *Aten Primaria*. 2003;31:1-6.
- Oriol G. Com donar les males notícies (1) *Annals de Medicina*. 2002;85:187-97.
- Oriol G. Com donar les males notícies (2) *Annals de Medicina* 2002;85:279-89.
- Pérez Cárdenas C. Equipo Multidisciplinario de Atención a pacientes oncológicos en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Oncol*. 2000;16:158-62.
- Prados Castillejo JA y Quesada Jiménez F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. *FMC*. 1998;5:238-50.
- Rubio Arribas V, Sampedro Martínez E, Zapirain Sarasola M et al. Diagnóstico: cáncer. ¿Queremos conocer la verdad? *Aten Primaria*. 2004;33:368-73.