

El entorno vital del anciano como lugar de investigación del médico de familia

Cubero González, P.

Grupo de demencias de la SEMFYC. Madrid.

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria lleva implícito en su nombre el trabajo con el paciente y su entorno, tanto familiar como social. El trabajo de atención primaria se basa en la adscripción de un número concreto de pacientes a cada profesional, independientemente de su estado de salud y de sus demandas. Aunque gran parte del trabajo se realiza sobre la demanda puntual de patologías, el resto de la actividad se dirige al seguimiento de enfermedades crónicas y a la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud. Esta situación permite un seguimiento longitudinal del individuo desde la adolescencia a la madurez y a la senectud con una visión global que abarca las circunstancias familiares, económicas, de vivienda o de barrio, además de las propias del individuo. Trabajar en el entorno del paciente es la gran baza para el conocimiento de los problemas de los médicos de familia y lo que nos diferencia del resto de especialidades que reciben al paciente «enfermo» en el Hospital o centro de especialidades. Desde esta perspectiva la posición del médico de familia en la investigación ha de resultar complementaria a la de las demás especialidades abordando los siguientes aspectos:

a) *Estudios epidemiológicos*: si se pretende evaluar la situación global de los ancianos, las características de algún grupo especial, los hábitos de vida y su implicación en la salud, la presencia y características de determinadas patologías, o cualquier otro aspecto del mismo tipo, el médico de familia puede liderar estos estudios o servir de puente entre el investigador y el anciano.

b) *Estudios de prevención primaria*: se precisa una base poblacional al tratarse de actividades dirigidas a individuos que presentan algún factor de riesgo para el desarrollo de patologías y en tanto que individuos sanos poco accesibles desde el nivel especializado. Esto incluiría la promoción de actividades saludables, cobertura de las campañas de vacunación, detección de estados premórbidos, situación de salud del adulto en la quinta y sexta décadas, etc.

c) *Patologías prevalentes*: aunque las patologías atendidas son similares en todos los niveles, las manifestaciones y las demandas de los pacientes pueden ser muy distintas, ya que por lo general sólo los más graves son derivados. Se percibe un gran déficit de investigación en las manifestaciones iniciales, menores o no vitales de las enfermedades: manejo del dolor o la movilidad en la artrosis y otros problemas osteoarticulares, trastornos digestivos menores o funcionales, insuficiencia cardíaca leve/moderada, seguimiento de hipertensión arterial o diabetes tipo II en el paciente muy anciano, disminución de agudeza visual o auditiva, patología vascular o déficits neurológicos como el deterioro cognitivo leve o los trastornos del movimiento.

d) *Anciano dependiente*: prevalencia y evaluación de los modelos de convivencia de los ancianos y su necesidad de apoyo familiar o institucional, ya sea parcial o completo. Evaluación de las situaciones familiares y las necesidades de apoyo como prevención de la institucionalización. Aspectos éticos como la existencia de maltrato hacia el anciano o el encarnizamiento terapéutico.

e) *Uso de recursos*: detección de necesidades no cubiertas o insuficientemente presupuestadas. Situación de las barreras arquitectónicas tanto en domicilio como en la calle y actuaciones para su corrección. Detección de aquellas familias que por desconocimiento quedan fuera de las posibilidades de protección social. Evaluación y promoción del voluntariado y grupos de autoayuda o asociaciones de familiares.

En conclusión, atención primaria cuenta con un alto volumen de profesionales cualificados por una formación postgrado, que trabajan directamente con la población anciana en su medio, asistiendo de forma longitudinal las situaciones de enfermedad o ausencia de ella, y ello supone una posición privilegiada para la investigación que se debe potenciar mediante la adjudicación de los recursos necesarios, ya que investigar en el anciano que permanece en su entorno es la mejor manera de disminuir el paso a situaciones de enfermedad grave e institucionalización mucho más costosos.

Correspondencia: P. Cubero González. Coordinador del grupo de demencias de SEMFYC. C. S. San Isidro II. Área XI de Atención Primaria de Madrid. Av. General Ricardos, 131. 28019 Madrid.