



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ACTIVIDADES DE PROGRAMAS Y SECCIONES SEMFYC

Mesa PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud)

Moderador:

Amando Martín Zurro

Presidente del Organismo de Coordinación del PAPPS

Ponentes y contenido:

1. Cribado del cáncer de mama. ¿Se debe seguir igual?

Mercè Marzo Castillejo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Dirección de Atención Primaria Costa de Ponent, Barcelona, España. Técnica de Salud en la Unitat de Suport a la Recerca, IDIAP Jordi Gol Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Coordinadora del Grupo de Expertos en Prevención y Cáncer en Atención Primaria del PAPPS. Miembro del Grupo de Cáncer de la CAMFiC y del Comité de Evaluación y Seguimiento de la Estrategia en Cáncer del SNS

2. La prevención en tiempos de crisis

Rodrigo Córdoba García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Universitario Delicias Sur, Zaragoza, España. Coordinador del Grupo Educación Sanitaria del PAPPS

3. Papel de la farmacia comunitaria. Elementos para el debate

Rafael Guayta Escolies

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Director de Proyectos e Investigación del Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña. Secretario del Consejo Asesor de Salud Pública de la Agencia de Salud Pública de Cataluña. Responsable del Grupo de Participación y Salud del Consejo de Bienestar Social del Ayuntamiento de Barcelona, Barcelona, España. Presidente del Comité Ejecutivo para la Implantación de un Nuevo Modelo de Farmacia Comunitaria en Cataluña (CEMFACAT)

Cribado del cáncer de mama. ¿Se debe seguir igual?

Mercè Marzo Castillejo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Dirección de Atención Primaria Costa de Ponent, Barcelona, España. Técnica de Salud en la Unitat de Suport a la Recerca, IDIAP Jordi Gol Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Coordinadora del Grupo de Expertos en Prevención y Cáncer en Atención Primaria del PAPPS. Miembro del Grupo de Cáncer de la CAMFiC y del Comité de Evaluación y Seguimiento de la Estrategia en Cáncer del SNS

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres, con una edad de máxima incidencia a partir de los 50 años. En España se estima que en el año 2008 se diagnosticaron 22.027 nuevos casos y ocurrieron 6.008 muertes. En las últimas décadas, la incidencia del cáncer de mama ha aumentado como consecuencia de los cambios en los factores de riesgo, el envejecimiento de la población y los programas de cribado. Asimismo, la mortalidad presenta una tendencia a la baja atribuible a la combinación del cribado y a la mejora de los servicios sanitarios y de los nuevos tratamientos. Estas diferencias entre incidencia y mortalidad hacen que la supervivencia sea cada vez más elevada.

En general, las sociedades científicas y los planes de salud de los países occidentales recomiendan la mamografía de

cribado en población de riesgo medio. En España, los programas de cribado poblacional se iniciaron en la década de los noventa y actualmente todas las comunidades autónomas cuentan con programas de detección precoz de cáncer de mama. En todos estos programas, la prueba de cribado es la mamografía con intervalo bienal, aunque hay algunas diferencias en cuanto a la edad de inicio y finalización, el número de proyecciones, el método de lectura, etc. El sistema utilizado para clasificar los hallazgos de la mamografía es el BI-RADS® (Breast Imaging Reporting and Data System) del American College of Radiology, que permite estandarizar la terminología de las lesiones estableciendo el grado de sospecha y recomendando la actitud a tomar en cada caso. Los indicadores de resultados (año 2009) muestran una participación media del 69,10%, con diferencias considerables entre comunidades y una adherencia superior al 90%. El 4,67% de los cribados requiere de pruebas de imagen complementarias y el 0,65% de pruebas invasivas. La tasa de detección media se sitúa en 3,62 por mil (1,8-5,1).

A pesar de la amplia aceptación de este cribado, la mamografía de cribado conlleva efectos adversos de sobrediagnóstico (casos que dejados a su evolución natural nunca se hubieran diagnosticado) y de sobretratamiento y, en consecuencia, disminución de la calidad de vida y un aumento de costes. Las mejoras tecnológicas y de tratamiento hacen que los programas actuales sean cada vez más costosos.

Actualmente, en la comunidad científica hay un intenso debate acerca de este cribado. En los últimos años, la US Preventive Services Task Force (USPSTF), la Canadian Task Force (CTF) y también el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) han modificado sus recomendaciones. La USPSTF (diciembre de 2009) recomienda la mamografía de cribado a mujeres de 50-74 años (antes > 40 años) con menor fuerza de recomendación (antes A, ahora B). La CTF (noviembre 2011), en función del sistema GRADE (*grading of recommendations assessment, development and evaluation*), recomienda realizar cribado en el grupo 50-69 años cada 2-3 años (evidencia moderada, recomendación débil a favor). Las recomendaciones del PAPPS de junio de 2012 son:

- La mamografía de cribado no debería recomendarse a las mujeres de 40 a 49 años (evidencia moderada, recomendación débil en contra).
- La mamografía de cribado debería recomendarse a las mujeres de 50 a 69 años cada 2 años (evidencia moderada, recomendación débil a favor).
- La mamografía de cribado debería recomendarse a las mujeres de 70 a 74 años cada 2 años (evidencia baja, recomendación débil a favor).

Un cribado de cáncer de mama óptimo debería minimizar los efectos adversos y mantener o incluso aumentar sus beneficios y, por lo tanto, existe la necesidad de considerar la optimización del cribado de cáncer de mama. Los resultados de los programas de cribado actuales muestran que algunas mujeres no requerirían tantas mamografías de cribado y, por el contrario, otras se beneficiarían de evaluaciones más personalizadas. Con la información actual parece posible desarrollar programas que sean más rendibles y estén mejor adaptados a las necesidades de la población diana susceptible de cribado de cáncer de mama, es decir, programas

donde se eviten los riesgos, se mantengan o se superen los beneficios y con costes razonables.

Transformar un modelo de prestación sanitaria siempre es difícil. La enorme brecha que se puede dar entre la evidencia científica y la aplicación del conocimiento en la práctica clínica puede acarrear consecuencias negativas para la salud, además de consumo considerable de recursos en un escenario de escasez. La difusión del conocimiento requiere tiempo y líderes que crean en el cambio, a pesar de las resistencias.

Las nuevas tecnologías o intervenciones pueden aumentar la esperanza y la calidad de vida, pero su utilización excesiva, insuficiente o deficiente afecta negativamente a la salud de la población, especialmente a las intervenciones destinadas a prevenir o detectar de forma precoz una enfermedad. Los responsables de las políticas sanitarias deberían tomar decisiones sobre dónde asignar los recursos de forma más óptima y según una evaluación económica.

Bibliografía recomendada

- Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, ET AL; Grupo de Expertos de Cáncer del PAPPS. Recomendaciones de prevención del cáncer. Aten Primaria. 2012;44 Supl 1:23-35
- Marzo-Castillejo M, Melús Palazón E, Bellas Beceiro B; Grupo de expertos de cáncer del PAPPS de semFYC. Recommendations for breast cancer screening with mammography in the medium risk population: Update of PAPPS 2012. Aten Primaria. 2012;44:366-7.
- Ortún V, Meneu R, Peiró S. El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Masson-Salvat; 2004.
- Red de programas de cribado Españoles. Programas de cribado de cáncer de mama. Resultados 2009. Principales indicadores de proceso y resultados de los Programas españoles de cribado de Cáncer de Mama correspondientes al año 2009 con información suministrada por las CCAA en abril 2011 [consultado 20-3-2013]. Website de la Red de Programas de Cribado de Cáncer. Disponible en: <http://www.programascancerdemama.org>
- Rue M, Carles M, Vilapriño E, Pla R, Martínez-Alonso M, Forne C, et al. How to Optimize Population Screening Programs for Breast Cancer Using Mathematical Models. En: Uchiyama N, editor. Mammography - Recent Advances. 2012. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/mammography-recent-advances/how-to-optimize-population-screening-programs-for-breast-cancer-using-mathematical-models>

Prevención en tiempos de crisis

Rodrigo Córdoba García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Universitario Delicias Sur, Zaragoza, España. Coordinador del Grupo Educación Sanitaria del PAPPS

La prevención de las enfermedades

Los 4 tipos principales de enfermedades prevenibles (EP) son las enfermedades cardiovasculares (ataques coronarios y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermeda-

des respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. En los países desarrollados, el 70% del coste sanitario deriva de la atención a estas enfermedades¹. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones seguidas del cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Estos 4 grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 80% de las muertes. Además, comparten 4 factores de riesgo: el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas. Las enfermedades crónicas no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y, por lo general, evolucionan lentamente². Las enfermedades transmisibles no han dejado de ser un problema pero tenemos en las vacunas una excelente estrategia de prevención. En los países desarrollados siguen siendo un problema la gripe, las hepatitis, el VIH y el papilomavirus. Las enfermedades crónicas afectan a todos los grupos de edad pero se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol. Estas enfermedades se ven favorecidas por factores como el envejecimiento, una urbanización rápida y no planificada, y la globalización de unos modos de vida poco saludables. Por ejemplo, esto último, en forma de dietas malsanas, puede manifestarse en forma de presión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad. Son los llamados “factores de riesgo intermedios”, que pueden dar lugar a una enfermedad cardiovascular y aumentar el riesgo de cáncer.

Factores de estilo de vida modificables

El consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las enfermedades crónicas o las causan directamente. En todo el mundo, el tabaco se cobra casi 6 millones de vidas cada año (5,1 millones por el consumo directo de tabaco y 600.000 por la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones —o el 10% del total anual de muertes— en 2030. Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente. Aproximadamente 1,7 millones de muertes son atribuibles a un bajo consumo de frutas y verduras. El consumo de alcohol causa 2,3 millones de muertes anuales, de las cuales la mitad son por enfermedades crónicas mientras que el resto son por otras causas, como accidentes de tráfico, suicidio o agresiones mortales².

Factores de riesgo metabólicos/fisiológicos

Esos comportamientos propician 4 cambios metabólicos/fisiológicos clave que aumentan el riesgo de enfermedad: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemias. En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo de enfermedad crónica en el ámbito mundial es el aumento de la presión arterial (a lo que se atribuyen el 13% de las defunciones en el ámbito mundial)

seguido por el consumo de tabaco (9%), el aumento de la glucosa sanguínea (6%), la inactividad física (6%), y el sobrepeso y la obesidad (5%). En los países de ingresos bajos y medios se está observando un rápido incremento del número de niños con sobrepeso. Hay una compleja interrelación entre todos estos factores. Por ejemplo, el tabaco causa prácticamente todo el espectro de EP: cardiovasculares, cáncer y respiratorias. La alimentación malsana junto a la inactividad física causa sobrepeso que, a su vez, es causa de hipertensión arterial, diabetes e hiperlipemia que, a su vez, aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular. Las bebidas alcohólicas y también las azucaradas contribuyen a la obesidad³. Por otra parte, el consumo de alcohol es responsable del 10% de los cánceres masculinos y del 3% de los femeninos⁴.

Prioridades en prevención

El modelo sanitario actual ignora los estadios asintomáticos de la enfermedad, a menos que puedan ser medicalizados para convertir a las personas en enfermos y consumidores de fármacos y otras tecnologías. La prevención más eficiente pasa por actuar antes de que sean necesarios recursos más costosos. Por otra parte, las expectativas de la sociedad ante terapias milagrosas para todos los problemas de salud son excesivas y, a menudo, equivocadas. Es prioritario integrar las actividades preventivas en la práctica asistencial en todos los niveles del sistema sanitario

A fin de reducir el impacto de las enfermedades crónicas en los individuos y la sociedad, hay que aplicar un enfoque integral que fuerce a todos los sectores, incluidos, entre otros, los relacionados con la salud, la fiscalidad, los asuntos exteriores, la educación, la agricultura y la planificación, a colaborar para reducir los riesgos asociados a las enfermedades crónicas, así como a promover las intervenciones que permitan prevenirlas y controlarlas. El objetivo de la prevención debe ser “comprimir la morbilidad”, de modo que las enfermedades más graves e invalidantes se aproximen al momento de la muerte para aumentar la esperanza de vida saludable y autónoma¹.

Se trata de añadir vida a los años más que añadir años a la vida. Para ello hay que cambiar el modelo tradicional, basado en centrar la mayoría de recursos en la atención a las patologías agudas, a un modelo más equilibrado, en el que la prevención y la salud pública dejen de ser elementos marginales del sistema sanitario. Una táctica importante para reducir las EP consiste en reducir los factores de riesgo asociados a esas enfermedades. Hay soluciones de bajo coste para reducir los factores de riesgo modificables más comunes. Otra opción para combatir estas enfermedades son algunas intervenciones esenciales de alto impacto, que pueden aplicarse mediante un enfoque de atención primaria que refuerce la detección precoz y el tratamiento oportuno. La evidencia muestra que este tipo de intervenciones son una excelente inversión económica, dado que, si se instauran tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más costosos. Estas medidas pueden aplicarse, además, en contextos con distintos niveles de recursos. Para conseguir el máximo efecto hay que formular políticas públicas saludables que promuevan la prevención y el control de las enfermedades crónicas, y reorientar los sistemas de

salud para que cubran las necesidades de las personas que sufren esas enfermedades.

Coste-efectividad de las intervenciones preventivas

El coste-efectividad de una actividad preventiva sirve para priorizar actividades, pero no es un valor absoluto. Los resultados de los estudios pueden ser distintos en países diferentes dependiendo de su nivel de ingresos y el tipo de sistema sanitario (accesibilidad y equidad son determinantes)⁵. Solo tienen un valor relativo para afirmar que tal actividad es más o menos coste-efectiva que tal otra. Por ejemplo, el tratamiento del tabaquismo resulta 4 veces más coste-efectivo que el tratamiento de la hipertensión arterial moderada y 13 veces más coste-efectivo que el tratamiento de la hipercolesterolemia en prevención primaria⁶.

Estrategias para reducir la carga de las enfermedades prevenibles

La mejor estrategia pasa por una combinación de intervenciones comunitarias (impuestos, publicidad, regulaciones al consumo de productos no saludables, información al consumidor, etc.) y consejo sanitario en el marco de las consultas de los profesionales sanitarios de atención primaria y otros niveles. Por otra parte hay que reorientar los servicios sanitarios hacia la prevención. Priorizar las actividades de intervención en estilo de vida y maximizar el coste-efectividad de las actividades de cribado y las vacunaciones del adulto seleccionando mejor los grupos de riesgo y las estrategias de cribado (mama, colon, cérvix, etc.). Finalmente debemos insistir sin descanso en que las intervenciones más coste-efectivas en el adulto son las intervenciones en tabaco, alcohol y alimentación. También es coste-efectiva, pero menos que las anteriores, el consejo para promover la actividad física⁷.

Bibliografía

1. Marvasti FF, Stafford RS. From sick care to health care – Reengineering prevention into the U.S. system. *N Engl J Med*. 2012;367:889-91.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra: OMS; 2011.
3. Nielsen SJ, Kit BK, Fakhouri T, Ogde CL. Calories consumed from alcoholic beverages by U.S. adults, 2007-2010. U.S. Department of health and human services Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics; 2011.
4. Shütze M, Boenin H, Pischon T, Rrehm J, Kehoe T, Gmel G, et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries on result from prospective cohort study. *BMJ*. 2011;342:d1584.
5. Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman L, Magnus A, et al. Assessing cost-effectiveness in prevention. For the ACE-Prevention team Prevention. ACE-Prevention. Queensland (Australia): University of Queensland; 2010.

6. Plans-Rubio P. Cost-effectiveness of cardiovascular prevention programs in Spain. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1998;4:320-30.
7. Kraushaar LE, Krämer A. Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. *BMC Public Health*. 2009;9:64.

Papel de la farmacia comunitaria. Elementos para el debate

Rafael Guayta Escolies

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Director de Proyectos e Investigación del Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña. Secretario del Consejo Asesor de Salud Pública de la Agencia de Salud Pública de Cataluña. Responsable del Grupo de Participación y Salud del Consejo de Bienestar Social del Ayuntamiento de Barcelona, Barcelona, España. Presidente del Comité Ejecutivo para la Implantación de un Nuevo Modelo de Farmacia Comunitaria en Cataluña (CEMFACAT)

Desde que en 1990 se conceptualizó la atención farmacéutica en su vertiente moderna, los esfuerzos de las diferentes organizaciones profesionales, grupos de investigación y sistemas sanitarios, se han orientado a la definición e implantación de servicios cognitivos.

La creciente complejidad de las necesidades detectadas y expresadas en el sistema: sobre envejecimiento, prevalencia de patologías crónicas, dependencia, enfermedades emergentes, multiculturalidad, asistencia domiciliar, nuevas tecnologías, etc. hacen que los actores sanitarios experimenten cambios en sus roles tradicionales y aparezcan modelos de gestión interprofesional de casos.

Quizá, el ejemplo más paradigmático de este cambio de mentalidad nos lo aporten los países anglosajones. Por ejemplo, Reino Unido se ha erigido en el abanderado de estas nuevas políticas sanitarias, publicando sendos documentos de planificación estratégica que incluyen fundamentalmente cambios substanciales en el nuevo papel que deben desarrollar los farmacéuticos en el sistema de salud.

El papel de los profesionales farmacéuticos en los sistemas de salud de los países de nuestro entorno está cambiando desde hace años, acelerándose su ritmo recientemente. La estrecha relación del farmacéutico en el proceso terapéutico lo sitúa en una posición extremadamente ventajosa para identificar las necesidades de salud del ciudadano e intervenir en su proceso terapéutico, cerrando el círculo del *continuum* asistencial del paciente.

Por lo que hace a la función y al valor añadido que podrían representar los servicios cognitivos provistos desde las oficinas de farmacia, aparece una cuestión de fondo: la mayor parte de ellos, conceptualmente, ya deberían estar haciéndose, especialmente los que competen al medicamento. Se reconoce que, además, el farmacéutico realiza una serie de actividades

asistenciales, pero de manera oficiosa. A los médicos les cuesta reconocer esta situación de partida, en la que subyace un temor a perder el *locus* de control de la gestión del paciente en el proceso de transferencia de responsabilidades.

No obstante, los farmacéuticos juegan ya un rol muy importante en la provisión de servicios frente a problemas de salud, sentidos como de muy baja o baja complejidad por el paciente, en un primer nivel de atención al ciudadano. En la implementación de actividades de promoción de la salud y, finalmente, proporcionando un consejo experto a los prescriptores, especialmente los farmacéuticos de atención primaria y hospitalaria, acerca de la efectividad y eficiencia de la medicación prescrita a sus pacientes.

Dichos servicios, prestados desde un ámbito de atención primaria o “primordial”, pueden ser asumidos por la farmacia, siempre y cuando se respete el ámbito del médico.

En los diferentes foros internacionales se otorga al farmacéutico comunitario, como profesional sanitario orientado al paciente, diferentes roles que se focalizarían como se sostiene en el documento para la innovación de la atención primaria o el Plan de Salud en Catalunya en 3 ejes principales: dispensación del plan terapéutico y seguimiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad (*counselling* y ciertos cribados), y atención a la patología de muy baja y baja complejidad, incluyendo esta la indicación farmacéutica de medicamentos.

Muchos de estos nuevos roles están basados en programas piloto novedosos, que han demostrado tanto la factibilidad de estos como la evidencia de su beneficio en términos de salud añadida o disminución de costes de provisión.

Deben determinarse específicamente los puntos de intersección en la gestión de los casos y el límite de cada intervención. Coincidimos en afirmar que ello puede lograrse mediante la edición de protocolos consensuados de atención farmacéutica y el establecimiento de planes de comunicación que faciliten una mayor y más efectiva coordinación y colaboración entre los distintos agentes sanitarios.

Como conclusión apuntar que el proceso de desarrollo del nuevo escenario ha de partir de una premisa importante: la necesaria gradación de los diferentes elementos de la puesta en marcha del modelo. En opinión de los expertos, el proceso invariablemente empieza por una conceptualización y consenso de dichos servicios, el desarrollo de currículos formativos, la acreditación de los proveedores y el desarrollo de flujos de comunicación eficaz entre los diferentes actores. Todo ello según estudios o programas piloto multicéntricos y coordinados con la atención primaria de salud y la atención especializada.

Será según una evidencia contrastada en cuanto a efectividad y eficiencia, que estos serán objeto de una cartera de servicios susceptible de ser un producto atrayente para un mercado sanitario necesitado de optimizar recursos.

Mesa AMF: Toda la vida se ha hecho así

Moderador:

Rafael Bravo Toledo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Linneo, Madrid, España. Vicepresidente del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano de la AEMPS

Ponentes y contenido:

José Manuel Millaruelo Trillo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Torrero-La Paz, Zaragoza, España. Miembro de la Red GEDAPS-Red de Grupos de Estudios de Diabetes

Alberto Ortiz Lobo

Especialista en Psiquiatría, Centro de Salud Mental del Distrito Salamanca, Madrid, España.

José Francisco García Gutiérrez

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctor en Salud Pública. Profesor en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada, España. Coordinador del Grupo Internet y Salud de la EASP

Resumen

Igual que en anteriores ediciones del congreso de la semFYC, la revista *AMF* nos presta el título de una de sus secciones para que, de forma rigurosa pero distendida, debatamos sobre intervenciones, situaciones, acciones o actitudes que el médico de familia adopta en su práctica cotidiana, a pesar de que nunca hayan demostrado su eficacia. Cuando alguien cuestiona una de estas intervenciones y se pregunta “¿por qué?”, siempre hay alguien que responde: “*toda la vida se ha hecho así*”, horrenda expresión que debería estar proscrita del “fraseario” de los médicos de familia.

El sentido común se define como la facultad que poseen la mayoría de las personas para juzgar razonablemente las cosas. Es esa capacidad natural para formar un conjunto de creencias y proposiciones que ayudan a interpretar la realidad y vivir en un marco de referencia que beneficia a una persona o a un grupo social. En la práctica médica, el sentido común tiene un importante papel, de tal forma que se ha dicho que tras el conocimiento, lo que define a un buen médico es ese sentido, tan difícil de aprender. Sin embargo, en un momento reciente de la historia de la medicina parece que se ha perdido esta capacidad para distinguir y valorar todo lo que nos rodea. En un momento determinado parece que la clase médica hubiera perdido el norte y estuviera inmersa en una especie de encantamiento colectivo. Solo, desde este presupuesto, se pueden valorar algunas de las actuaciones que se han instalado en la práctica en los últimos años. La psiquiatrización de la vida cotidiana, el excéntrico manejo de las enfermedades crónicas (p. ej., la diabetes) o el supuesto empoderamiento de los pacientes con el advenimiento de las nuevas tecnologías de la información, nos ofrecen claros ejemplos donde el bien y el mal, la razón y la ignorancia, la osadía y la indecisión, se entremezclan.

Estos temas encenderán la llama del debate en nuestra ya habitual mesa de AMF del Congreso semFYC. Ni siquiera la parte más práctica de nuestra profesión debe ser la ejecución de forma acrítica y repetida de una serie de tareas. La formación continuada también es cuestionarse lo que se hace y, desde el rigor, cambiarlo para que mejore. No se pretende solo derribar viejas (y no tan viejas) modas, mitos, falacias y desatinos consagrados por el tiempo y la práctica, también esperamos que con sentido del humor cunda la “escepticismo” y desterremos el inmovilismo que encierra la frase de marras.

Introducción

Al igual que en anteriores ediciones del congreso de la SEMFYC, la revista AMF nos presta el título de una de sus secciones para que, de forma rigurosa pero distendida, debatamos sobre intervenciones, situaciones, acciones o actitudes que el médico de familia adopta en su práctica cotidiana, a pesar de que nunca hayan demostrado su eficacia. Cuando alguien cuestiona una de estas intervenciones y se pregunta “¿por qué?”, siempre hay alguien que responde: “*toda la vida se ha hecho así*”, horrenda expresión que debería estar proscrita del “fraseario” de los médicos de familia. Ni siquiera la parte más práctica de nuestra profesión debe ser la ejecución de forma acrítica y repetida de una serie de tareas.

La formación continuada también es cuestionarse lo que se hace y desde el rigor, cambiarlo para que mejore. No se pretende (solamente) derribar viejas (y no tan viejas) modas, mitos, falacias y desatinos consagrados por el tiempo y la práctica, también esperamos que con sentido del humor ayudemos a que cunda la escepticismo y a desterrar el inmovilismo que encierra la frase siempre se ha...

Objetivos en diabetes: de la “evidencia” al sentido común

José Manuel Millaruelo Trillo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Torrero-La Paz, Zaragoza, España. Miembro de la Red GEDAPS-Red de Grupos de Estudios de Diabetes

Vivimos unos tiempos convulsos, también en sanidad, en los que se nos imponen recortes indiscriminados y, sobre todo, con total ausencia de sentido común. Paralelamente, haciendo de la necesidad virtud, algunas voces, sensatas en mi opinión, se plantean la posibilidad de suprimir algunas prácticas que, aun habituales, no han demostrado ningún beneficio, cuando no incluso perjuicio.

Y es que, bajo el cobijo casi indiscutible de “la evidencia” se han planteado guías y protocolos que nos han llevado a “la medicina de los números”, olvidando que el objetivo de la nuestro trabajo son las personas, tachando este concepto de “poco científico”.

Ello nos ha llevado desde la medicalización de procesos fisiológicos, no hace falta poner ejemplos, al sobretratamiento de circunstancias clínicas o factores de riesgo, tampoco es necesario un ejemplo en este caso. Es curioso como algunos autores dicen que, en estos últimos años, se mejora en el aspecto de infratratamiento mientras que el sobretratamiento permanece olvidado.

Una de las maneras más hábiles para incitar al sobretratamiento es establecer unos objetivos de control cada vez más bajos. Recordemos cuáles eran las cifras normales de presión arterial y colesterol hace 25 años, no son muchos, ya llevábamos algunos trabajando, y cuáles son ahora. Aunque indudablemente se ha mejorado en la mortalidad cardiovascular, en muchos casos las evidencias que apoyan algunas propuestas concretas son débiles o no existen.

En esta ponencia, nos proponemos analizar con cierto rigor, aunque escaso tiempo, las evidencias que subyacen en las guías de diabetes, para ver el valor real, podríamos llamarlo beneficio neto, de las decisiones que tomamos, sin temor a hacernos preguntas, buscando las mejores respuestas, sabiendo que todo es muy relativo y que hasta las opiniones opuestas pueden tener sentido.

En el caso de la diabetes se han utilizado varias cargas de profundidad que han tenido su calado (desafortunadamente). La propuesta de equivalencia de riesgo con la enfermedad cardiovascular y, por ende, la consecución de los mismos objetivos numéricos en el manejo de los factores de

riesgo cardiovascular ha producido muchos daños colaterales, seguramente un gasto ineficiente y, desgraciadamente, numerosos efectos secundarios.

La uniformización de objetivos, sin tener en cuenta la edad del paciente, los años de la evolución de la enfermedad, la presencia de complicaciones, y otros aspectos socioeducativos y económicos del paciente ha sido otra práctica en la misma dirección y con parecidos resultados. Afortunadamente, el nuevo algoritmo propuesto por ADA/EASD viene a paliar, en parte, este problema. De la necesidad, virtud...

A la luz de los estudios de 2008, ACCORD, VADT, ADVANCE, que mostraron la falta de eficacia de un control glucémico estricto para la prevención de la enfermedad cardiovascular, nos podemos preguntar: ¿por qué se utilizan como objetivos de tratamiento cifras que no demuestran mejorar la evolución de las complicaciones? Probablemente contestamos que para prevenir la microangiopatía... Ya lo discutiremos.

¿Es lógico considerar una variable continua, como la glucemia, como dicotómica y definir buen o mal control aleatoriamente, sin otras consideraciones, si estas están por encima o debajo de “7”? Así es como evalúan muchas gerencias nuestra cartera de servicios y, milagrosamente, en algunas de ellas aun quedan unos cuantos euros para “productividad variable”.

De estos y otros temas que queráis plantear podemos discutir siempre con ánimo constructivo, abiertos a aceptar cualquier opinión contraria a nuestras ideas previas, eso sí, huyendo de tópicos, de las mentiras mil veces repetidas y siendo muy críticos con los que solo imponen las ideas por su posición de poder, reacios al debate profundo de los temas y justificando su actuación en que “dicen que hay que hacerlo así”.

Os espero, en la tarde del sábado, en Granada.

El tratamiento de duelos, problemas laborales y otras desgracias de la vida

Alberto Ortiz Lobo

Especialista en Psiquiatría, Centro de Salud Mental del Distrito Salamanca, Madrid, España

El fenómeno de la medicalización también ha alcanzado a la salud mental y se está produciendo un incremento incesante de distintas demandas que tienen que ver con sentimientos de malestar estrechamente relacionados con los avatares de la vida cotidiana. Son muy frecuentes las consultas de personas sanas que tienen problemas laborales, familiares y sociales que les hacen sufrir y que demandan una respuesta técnica sanitaria para sentirse mejor. Ha cambiado nuestra perspectiva respecto a nuestras vidas y el sufrimiento: ahora una vida plena es una vida sin sufrimiento, no una vida en la que seamos capaces de manejarlo. Para ello hemos reconver-

tido el sufrimiento en enfermedad: ya no estamos tristes sino que padecemos una depresión, ya no estamos preocupados por los problemas, presentamos un trastorno de ansiedad, ya no hacemos un duelo, tenemos un trastorno adaptativo...

La confianza y la dependencia en la tecnología han alcanzado unos niveles extraordinarios debido a que se han exagerado sus efectos positivos, y esto ha favorecido que se intervenga ante cualquier demanda de sufrimiento emocional. Los antidepresivos y la psicoterapia aparecen como la panacea ante cualquier sentimiento que genera malestar, por legítimo, proporcionado, adaptativo y sano que sea. Pretendemos anestesiar cualquier emoción que “duela” o que nos aleje por un momento del ideal de felicidad. Pero nuestra rabia, indignación, tristeza, miedo, etc. son imprescindibles, las necesitamos para sobrevivir.

La eficacia de los antidepresivos y la psicoterapia, ya bastante limitada cuando se aplican a personas con enfermedades mentales, se torna únicamente en daño cuando las prescribimos en sanos. Sin embargo, las ventas de antidepresivos siguen creciendo y las personas se sienten cada vez más necesitadas de un “experto” que gestione sus emociones cuando experimentan un acontecimiento vital estresante.

Los pacientes demandan el bienestar y la felicidad que les promete la sociedad de consumo en sus anuncios publicitarios y los profesionales entramos al envite. ¿Desde dónde lo hacemos?, ¿desde el paternalismo?, ¿la omnipotencia?, ¿la lástima?, ¿la vanidad? El resultado es una psiquiatrización y una psicologización de la vida cotidiana que puede conducirnos a médicos de familia, psiquiatras y psicólogos a morir de éxito.

Pero, ¿qué alternativa tenemos para manejar estas consultas de personas que sufren, a veces mucho, y que demandan una atención sanitaria?, ¿cómo podemos tratar el malestar y el sufrimiento asociado a la pérdida de personas queridas, a los problemas laborales de precariedad, *mobbing* o desempleo, a las convivencias familiares complicadas o al afrontamiento de enfermedades físicas crónicas o discapacitantes? Evidentemente hay que dar una respuesta, y esta ha de ser constructiva y fundamentada en la prevención cuaternaria. Una respuesta, por otro lado, compleja (lo sencillo es recetar un antidepresivo o derivar el caso al psicólogo), que nos exige poner en juego habilidades de comunicación y destrezas psicoterapéuticas para poder realizar una resignificación de la demanda de forma positiva y esperanzadora.

Cibercondría: hipocondría *on line* (o cómo desde la nada estamos alcanzando elevadas cotas de estupidez)

José Francisco García Gutiérrez

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctor en Salud Pública. Profesor en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada, España. Coordinador del Grupo Internet y Salud de la EASP

Confesiones de un cibercondriaco

“En la actualidad, y gracias a internet, convertirse en hipocondríaco resulta cada vez más sencillo. Una búsqueda sobre el dolor de cabeza encuentra más páginas web que lo relacionan con un tumor cerebral que con la deprivación de cafeína” [*The New York Times*, 24 de noviembre de 2008].

La fácil accesibilidad a información sobre salud en la red está ayudando, sin duda, a innumerables personas a tomar decisiones informadas sobre su salud o sobre los tratamientos de sus enfermedades. Sin embargo, esto está resultando desastroso para muchas personas que se preocupan en exceso (o están obsesionadas) con su salud. Hasta la aparición de internet, los hipocondríacos se veían obligados a rebuscar en textos y bibliotecas o a preguntar a sus médicos para obtener información. Ahora hay todo un universo sobre temas de salud solo a “un par de clicks de ratón” de distancia. Aproximadamente, el 2% de todas las búsquedas en internet son sobre temas médicos.

Hipocondría: enfermedades fantasmas, enfermos imaginarios

La hipocondriasis suele caracterizarse por: a) el temor infundado de que síntomas corporales menores sean la expresión de una enfermedad grave; b) por los constantes autoexámenes y autodiagnósticos, y c) por la preocupación continua y exagerada por el propio cuerpo. Tiende a desarrollarse en personas entre los 20 y 40 años de edad, y afecta por igual a los varones y a las mujeres. Aparece con frecuencia asociada a una enfermedad grave en amigos o familiares, pero a veces es la manifestación secundaria de una depresión o de procesos de ansiedad generalizada.

Aunque esta condición se perciba a menudo como “relativamente dañina” o como una “desviación neurótica o estrafalaria”, en algunos casos se convierte en una obsesión devastadora. Lo que más les cuesta siempre a los hipocondríacos es aceptar que es normal que las personas sanas tengan síntomas. La hipocondría genera gastos de muchos millones de euros al año en pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios.

Varios estudios han mostrado que los hipocondríacos dudan permanentemente de los diagnósticos realizados por los médicos, que sospechan y no se sienten reasegurados cuando alguien les intentan demostrar que no padecen una enfermedad grave, y que tienden a obsesionarse con enfermedades que tienen síntomas comunes o ambiguos.

Hasta el momento hay pocos estudios (y con pocos sujetos) sobre cómo los hipocondríacos están usando internet o cómo aumenta la ansiedad sobre la salud en personas normales al realizar búsquedas en la red sobre temas médicos. Sin embargo parece ser un fenómeno bastante extendido al que se ha dotado de un atractivo nombre durante la última década: cibercondría.

Cibercondría: la escalada digital de la ansiedad por la salud

Se emplea el término “cibercondría” para definir la escalada sin fundamento de la ansiedad por síntomas comunes, según la revisión de los resultados de una búsqueda en internet (sobre todo si esa búsqueda se realiza con fines diagnósticos).

La escalada de la ansiedad parece estar relacionada con la cantidad y la distribución de los contenidos vistos por los usuarios, la presencia de terminología confusa y alarmante en las páginas visitadas, y la predisposición del usuario hacia la preocupación en lugar de tratar de buscar explicaciones más razonables sobre sus padecimientos.

Por otro lado, un tercio de las personas que buscan en internet sobre temas médicos sufre una “escalada” de sus búsquedas posteriores hacia enfermedades graves.

Un médico en el ratón: la probabilidad de los eventos inciertos

Durante los últimos años, numerosos expertos médicos e investigadores de internet han hecho llamamientos para que se inicien acciones dirigidas a reducir la ansiedad innecesaria en todos los consumidores de información sobre salud, independientemente de que hayan sido diagnosticados como hipocondríacos o no.

Es cierto que el sentido común puede ayudar parcialmente a enfocar la interpretación de la información, pero también puede conducir a errores sistemáticos. Por ejemplo, la confianza excesiva en las clasificaciones (*rankings*) de los sitios web en salud lleva con frecuencia a recomendaciones de dudosa eficiencia en el tratamiento de algunas enfermedades.

Por el momento pienso que los profesionales de la salud deberían interesarse más por lo que está ocurriéndole a sus pacientes en las búsquedas sobre temas médicos en internet (y actuar como sus mentores proactivos). A pesar de las limitaciones, hay muchos beneficios potenciales y algunos modestos avances. Disponemos de numerosas publicaciones sobre los problemas en la calidad de la información médica (en general y no sólo en internet) y de criterios para evaluar las páginas web con contenidos de salud.

Internet continúa evolucionando de forma tan rápida como sorprendente. Esperemos que en el futuro próximo dispongamos de buscadores (con algoritmos especializados) capaces de seleccionar información que no nos lleve automáticamente a la confusión y a la duda... ¡ni a pensar en lo peor!

Bibliografía recomendada

- Barsky A. *Worried Sick: our troubled quest for wellness*. Hardcover: Little Brown and Company; 1988.
- Baumgartner SE, Hartmann T. The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2011;14:613-8.
- Cantor C, Fallon B. *Phantom Illness: Recognizing, Understanding, and Overcoming Hypochondria*. Boston: Houghton Mifflin; 1996.
- Whelan N. Confessions of a cyberchondriac. *Last Exit Magazine*. Disponible en: <http://lastexitmag.com/article/cyberchondria>
- White RW, Horvitz E. *Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in web search*. Microsoft Research. 2008. Disponible en: <http://research.microsoft.com/pubs/76529/TR-2008-178.pdf>

Mesa Comunicación y Salud: Comunicación en el equipo de atención primaria en tiempos de crisis

Moderadora:

Teresa Martínez-Cañavate López-Montes

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Coordinadora de Programas de la Fundación Progreso y Salud de Andalucía (IAVANTE). Docente del Grupo Comunicación y Salud

Ponentes y contenido:

1. Gestión de las emociones dentro del equipo de atención primaria

Antonina Rodríguez Bayón

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC San José, Distrito Sanitario Jaén Norte, Jaén, España. Tutora de Residentes de MFyC. Docente del Grupo Comunicación y Salud

2. Comunicación asertiva en el equipo de atención primaria

Francisca Pérez Fuentes

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Directora de la UGC Virgen de Linarejos, Distrito Sanitario Jaén Norte, Jaén, España. Tutora de Residentes de MFyC. Docente del Grupo Comunicación y Salud

3. Liderazgo emocional y dinámicas del grupo

M. Dolores Cantón Ponce

Enfermera de EBAP, Experta en Gestión de Cuidados, UGC de Alcalá la Real, Distrito Sanitario Jaén Sur, Jaén, España. Docente del Grupo Comunicación y Salud

Resumen

En los equipos de trabajo, no solo sanitarios sino en casi todos los grupos sociales, estamos asistiendo, en los últimos meses, a un aumento de los conflictos intragrupal, así como con otros colectivos que se están viendo afectados por la crisis que estamos atravesando (no solo económica, sino de valores, de desmoralización, de pesimismo general, etc.). Esta situación está afectando directamente al trabajo de los profesionales sanitarios en el día a día, en cuanto a su rendimiento en términos de eficacia, efectividad, etc., así como a la propia salud (mental y física) y al bienestar de los afectados, en nuestro caso de los pacientes que tenemos que atender.

En la Mesa se pretende dar una visión sobre distintos aspectos de esta situación y se proponen soluciones basadas en el conocimiento y la experiencia del trabajo en equipo y en la mejora de habilidades de comunicación.

Los temas que se tratarán en la mesa son:

- La comunicación del equipo, cómo afrontar los desacuerdos en tiempos de crisis.
 - Gestión de emociones (personales e interpersonales).
 - Asertividad en situaciones conflictivas como las que se están viviendo ahora, tanto entre los propios compañeros como con los pacientes.
 - Trabajo en equipo, dinámicas grupales, el apoyo como factor de cohesión.
-

Gestión de emociones dentro del equipo de atención primaria

Antonina Rodríguez Bayón

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC San José, Distrito Sanitario Jaén Norte, Jaén, España. Tutora de Residentes de MFyC. Docente del Grupo Comunicación y Salud

Aprender a reconocer nuestras emociones y el clima emocional del equipo con el que trabajamos.

Introducción

La realidad laboral de cada médico de familia es muy variada. Numerosos estudios demuestran que los profesionales de la salud formamos parte del colectivo con mayores niveles de estrés laboral. Hecho que es común, sobre todo

en profesiones que mantienen una relación de ayuda a otras personas, y además desarrollamos nuestra actividad en sistemas institucionales de elevada tensión organizativa. *¿Podemos sentirnos bien con nosotros mismos, a pesar de nuestras circunstancias, o nos dejamos llevar por ellas?* Incluso en las circunstancias físicas más duras que nos podamos imaginar, siempre nos pertenecerán nuestros pensamientos y, con ellos, nuestras emociones. Con los tiempos que corren sería inhumano quedarnos en el lamento, en la queja y el sufrimiento inútil; aprovechemos todas las condiciones y circunstancias posibles para que nuestro compromiso particular y/o colectivo tenga la máxima repercusión sobre el mayor número de personas. Borrell nos describe la “competencia emocional” como la habilidad de saber reconocer y gestionar nuestras emociones, por lo que gestionar de una forma más saludable los estados emocionales que se generan diariamente en nuestros equipos de atención primaria es un objetivo prioritario para el médico de familia.

Emociones del profesional y clima emocional

Junto a la constelación emocional de nuestros pacientes, los sanitarios también tenemos gran variedad de pensamientos y emociones cuando entrevistamos. Estas emociones, en muchas ocasiones, son agradables y positivas; pero otras veces generan frustración. Nuestro pasado atesora una gran sabiduría, incluso de los errores. La *observación* de lo que ocurre a nuestro alrededor será una de las mejores formas de aprender. Si nos esforzamos por reflexionar sobre lo que vemos, sobre lo que nos desgasta o recarga, nos daremos cuenta de que la gente es feliz o infeliz, no por lo que le pasa sino por cómo se toma su vida. La psicología nos demuestra que todo lo que se aprende se puede desaprender; igual que nos hemos entrenado a pasarlo mal, podemos entrenarnos en ser más realistas y enfocar la vida de forma más saludable. Lo importante en nuestra vida son los pensamientos, no los acontecimientos. La teoría racional emotiva de Ellis ha demostrado como “la forma en que percibimos los hechos” interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emociones y conductas. Esta teoría describe algunos criterios de, lo que se ha dado en llamar “salud psicológica”:

- *Alta tolerancia a la frustración.* Las personas que no se atormentan por un fuerte estrés emocional intentan cambiar las condiciones adversas que sean susceptibles de modificarse, y aceptan las que no pueden cambiarse.
- *Flexibilidad.* La gente sana y madura suele tener ideas flexibles, abiertas al cambio, pluralistas y no fanáticas cuando emite opiniones sobre los otros.
- *Aceptación de la incertidumbre.* Las personas sanas aceptan la idea de que vivimos en un mundo de probabilidades y en continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta.
- *Autoaceptación.* Persona que se alegra de estar vivas y se aceptan a sí mismas simplemente por el hecho de vivir; aceptan la responsabilidad que tienen en sus propias alteraciones emocionales.

- *Locus de control.* Creencia del individuo de que los sucesos que le ocurren durante su existencia se encuentran básicamente controlados por sus propias acciones (locus interno) o, por el contrario, dependen de fuerzas externas y no controlables (locus externo). El principal problema de una perspectiva simplista es que facilita la proyección, es decir, el culpar al sistema, los compañeros, el equipo, de lo que nos pasa a nosotros.

En 1998, Goleman nos demostró que autoconciencia, autoestima, empatía, dedicación, integridad, habilidad para comunicar y pericia para aceptar cambios eran las competencias más relevantes en el ámbito laboral. Los profesionales más brillantes destacan no solo por sus logros personales, sino por su capacidad para trabajar en equipo. Por contra, los profesionales incapaces de afrontar los cambios o conflictos resultan *tóxicos* para la organización entera. Estos últimos suelen tener peores habilidades de comunicación, menor tolerancia a la incertidumbre, mayor insatisfacción con el trabajo y el entorno laboral. Tareas, proyectos y emociones del equipo configuran algo así como el *imaginario* grupal, esos puntos de referencia compartidos por todos. Todo esto no ahorra al equipo la tarea de construir unas relaciones de calidad, la tarea de configurar un *clima emocional*. Este clima se produce y se induce en el trato personal cotidiano, en las charlas de café, en las sesiones clínicas, en el respeto y generosidad que mostramos de manera continua. Si clasificáramos de manera polar las modalidades de comunicación entre 2 personas de un equipo, nos percataríamos que la diferencia más relevante está en la intención de cooperar o establecer una competitividad entre ambos. Recordemos que las condiciones laborales pueden ser factores de protección, contenedores o factores de riesgo psicopatológico.

Algunas propuestas reflexivas

- *Conocerse a uno mismo bien* es la clave para cambiar el abordaje de las relaciones interpersonales. Algunos autores afirman que la mejor forma de conocer, comprender y empatizar con los trastornos psicopatológicos de la población es conocer y trabajar los propios conflictos y cuadros psicopatológicos. El médico consciente puede sentir el remordimiento, el miedo, la alegría, el temor, la tristeza, la ira y otras emociones que inevitablemente aparecen en la práctica diaria de la medicina.
- *Formación para el trabajo en equipo.* Intentar que los equipos mantengan una organización basada en objetivos, con espacios de reflexión conjunta de la dinámica de equipo, sesiones clínicas, interés por los aspectos emocionales de los individuos.
- *Aprendizaje de habilidades de comunicación y técnicas de entrevista.* Entre ellas destacamos la escucha activa, la comunicación empática, la *práctica reflexiva*, la paciencia y la curiosidad clínica. Cada relación tiene un balance emocional del que se deriva lo que hemos llamado “tarjeta de visita”. Esta consiste en la primera reacción emocional que tengo cuando pienso

o veo a una persona de manera inesperada. Proponemos tomar un poco de tiempo para un dialogo interno con uno mismo: *¿Qué estoy sintiendo? ¿Por qué estoy reaccionando de esta forma? ¿He sentido lo mismo antes? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Es mi problema, es del otro o de ambos?* Una exploración honesta de las respuestas puede ayudarnos a descubrir actitudes o patrones de comportamiento que no conocíamos antes. Con otro enfoque pueden ser útiles los espacios de autoayuda, tipo grupos de reflexión, grupos Balint o grupos de soporte emocional.

Bibliografía recomendada

- Borrell F. Entrevista clínica. Manual de Estrategias Prácticas. Barcelona: SemFYC; 2004.
- Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Kairos; 1996.
- Platt FW, Gordon GH. Field guide to the difficult patient interview. Philadelphia: Lipincott, Williams & Wilkins; 2004.
- Tizón JL. Profesionales “quemados”, profesionales “desengañados”. Aten Primaria. 2004;33:326-30.

Comunicación asertiva en el equipo de atención primaria

Francisca Pérez Fuentes

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Directora de la UGC Virgen de Linarejos, Distrito Sanitario Jaén Norte, Jaén, España. Tutora de Residentes de MFyC. Docente del Grupo Comunicación y Salud

Identificando los estilos de comportamiento y comunicacionales en el equipo. Habilidades asertivas.

Introducción

Cada día vivimos situaciones de tensión y estrés en el entorno laboral, que despiertan en nosotros emociones negativas y comportamientos que no nos satisfacen. Una buena parte de los conflictos en las organizaciones están relacionados con la comunicación grupal. Son numerosas las investigaciones que demuestran que una comunicación eficaz influye directamente en el clima del equipo. Las estrategias de comunicación incorporan herramientas que pueden ayudar al funcionamiento y a la dinámica de los equipos al propiciar respeto, credibilidad y confianza.

Estilos de comportamiento y comunicacionales

Basándonos en Ellis et al, en su *Manual de terapia racional emotiva* identificamos 3 tipos de comportamientos y según

estos, 3 estilos de comunicación: inhibido, agresivo y asertivo.

- *Estilo inhibido/pasivo.* Es el estilo de comunicación propio de personas que no expresan sus opiniones, no defienden sus derechos personales, evitan mostrar sus sentimientos o pensamientos por temor a ser rechazados o incomprendidos o a ofender a otras personas. Infravaloran sus propias opiniones y necesidades y dan un valor superior a las de los demás. Como consecuencia emocional tienen una baja autoestima y ante los demás no son respetados.
 - *Estilo agresivo.* Este estilo de comunicación se sitúa en un plano opuesto a la pasividad, y se caracteriza por la sobrevaloración de las opiniones y sentimientos personales, imponiéndolos y obviando o incluso despreciando los de los demás. Emocionalmente sienten culpa, sensación de pérdida de control, frustración, enmascaran su vulnerabilidad. Producen rechazo en los demás.
 - *Estilo asertivo.* Es el estilo de comunicación que parte del respeto hacia los demás y hacia uno mismo, aceptando que la postura de los demás no tiene por qué coincidir con la propia y evitando los conflictos, actuando desde un estado interior de autoconfianza y respeto mutuo. Se sienten bien consigo mismo, con control emocional. Favorecen las relaciones interpersonales mejorando el clima de los equipos. En la base del comportamiento asertivo están una serie de derechos inherentes a todas las personas y que es fundamental tener claros e interiorizados.
- Eric Schuler define *asertividad* como la capacidad para expresarnos de un modo honesto, directo y respetuoso, defendiendo nuestros derechos y expresando lo que creemos, sentimos y queremos de manera apropiada, teniendo siempre en cuenta los derechos de los demás.

Habilidades asertivas

- *Asertividad positiva.* Es la expresión adecuada de lo bueno o valioso que observamos en otras personas. Es la habilidad para reforzar y resultar recompensante para las personas que nos rodean. Expresar calidez, cumplidos u opiniones a los demás cuando el comportamiento positivo de los otros lo justifica hace que seamos más reforzantes para los que nos rodean. Esta conducta nos ayuda a desarrollar hábitos y costumbres adecuados en nuestros pacientes y compañeros. Ayuda a crear un clima social facilitador de la comunicación y de la solución de problemas. Se puede expresar mediante expresiones de elogio y/o aprecio, de sentimientos personales.
- *Respuesta asertiva elemental.* Expresión llana y simple de los propios intereses y derechos. La aplicamos en las situaciones en las que de alguna manera sentimos que no se respetan nuestros derechos. La primera condición necesaria es la persistencia o la capacidad de insistir.

- **Asertividad empática.** Consiste en un planteamiento inicial que transmite reconocimiento a la otra persona (reconociendo sus creencias, emociones y derechos) y un planteamiento posterior sobre nuestros derechos e intereses. Se recomienda utilizar este tipo de respuesta en situaciones en las que haya desacuerdo y no queremos que la otra persona se sienta herida, incomprendida, rechazada, etc.
- **Crítica constructiva.** Es una habilidad de comunicación poderosa para mejorar el comportamiento personal y de las organizaciones. Transmite información útil para el cambio, se centra más en las posibilidades de cambio y de mejora del comportamiento que en los errores. En lugar de deteriorar las relaciones interpersonales pretende incluso mejorarlas. Hay determinados elementos que definen la habilidad de hacer críticas: a) ¿cuáles son mis objetivos?; b) elijo el momento adecuado; c) describo la situación y/o el comportamiento que se va a criticar; d) expreso mis sentimientos con “mensajes yo”; e) sugiero o pido cambios; f) anticipo las consecuencias beneficiosas para ambos; g) ofrezco ayuda; h) refuerzo la aceptación de la crítica, e i) refuerzo del cambio operado.
- **Aceptar críticas.** Reaccionar con calma ante una crítica sin evaluarla como una catástrofe para nuestra autoestima personal y profesional, dejar terminar a quien nos critica sin dispararse, saber aprovechar la información útil que encierra la crítica, rectificar nuestra conducta en la dirección que propone la crítica y replicar cuando es inapropiada o injusta, son habilidades de las que tenemos que hacer gala a menudo en nuestro entorno laboral. Saber aceptar las críticas nos ayuda a sentirnos lo menos mal posible y a evitar que la relación se deteriore por esa crítica. Para reaccionar “adecuadamente” ante una crítica habrá que tener en cuenta si esta es verdadera o no, y si la persona que nos la hace nos interesa o no.

Bibliografía recomendada

- Castanyer O. La asertividad: expresión de una sana autoestima. Colección: Crecimiento Personal. 14.^a ed. Bilbabo: Ed. Desclée de Brouwer; 1999.
- De los Reyes López M, Pérez Gómez JM, García Olmos P, Borrell Carrió F, Gracia Guillén D; Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Relaciones entre profesionales sanitarios. Med Clin (Barc). 2001;117:339-50.
- Delgado Rodríguez R. Relaciones interpersonales en la adolescencia. Programa de Entrenamiento en Asertividad. Trabajo de Investigación. Granada: Universidad de Granada; 2010.
- Ellis A, et al. Entrenamiento cognitivo-conductual de la asertividad. En: Manual de terapia racional emotiva. Biblioteca de Psicología. Bilbao: Ed. Desclée De Brouwer; 1981.
- Hasan S. A tool to teach communication skills to pharmacy students. Am J Pharm Educ. 2008;72:67.
- Moreno JL, Pujol Ribó G, Romaguera Liso A, Bonet Esteve A, Rafecas Ruiz M, Zarza Carretero E. Comunicación interna en atención primaria. Aten Primaria. 2008;40:401-6.

Liderazgo emocional y dinámicas de grupo

M. Dolores Cantón Ponce

Enfermera de EBAP, Experta en Gestión de Cuidados, UGC de Alcalá la Real, Distrito Sanitario Jaén Sur, Jaén, España. Docente del Grupo Comunicación y Salud

Introducción

Habitualmente, en nuestra vida y en nuestra trayectoria profesional nos enfrentamos a cambios rápidos que generalmente son derivados de dificultades, y cuando estos se perciben como insuperables podemos hablar de crisis. En el momento actual estamos inmersos en una profunda crisis y nos toca *afrentar cambios* que permitan adaptarnos a la situación actual.

Una opción que proponemos es partir de un enfoque saludable y positivista de la situación de crisis, considerándola como un momento clave para analizar nuestros centros de trabajo, cuestionar lo que hacemos, para qué, cómo nos sentimos y desarrollar un proceso de adaptación acorde al escenario al que queremos dar respuesta. Es el momento de facilitar el proceso de reorientación del *trabajo en equipo*, retomar la ilusión, la implicación, la motivación, el compromiso, el desarrollo de relaciones sinérgicas y mejorar la efectividad. Tenemos en cuenta que actualmente nos encontramos con actitudes de desánimo que se contagian colectivamente, que afectan al clima emocional y al rendimiento, siendo de capital importancia manejar el “filtro de la emoción” y *gestionar adecuadamente las emociones* en el seno del equipo. La inteligencia emocional del grupo se asienta en las mismas bases que en la inteligencia emocional individual, y un *liderazgo emocional* actúa decisivamente en el *clima emocional* del equipo.

Igualmente, para gestionar el momento y provocar el cambio deseado tendríamos que considerar una *comunicación eficaz* y la *participación* en el proceso de interacción líder-equipo que se medirá por el hecho que el cambio deseado se corresponda con el cambio obtenido, es decir, por sus consecuencias en el contexto de provocar en el equipo comportamientos diferentes.

En este marco, y por lo anteriormente descrito, identificamos como elementos fundamentales para abordar: *el liderazgo emocional*, *la comunicación* y cómo se ponen en juego e interactúan líder-profesionales en el seno del *trabajo en equipo*.

Partimos de la *definición* de equipo como un grupo de personas que trabajan con una sinergia colectiva para lograr una meta común compartida. La sinergia se consigue con el esfuerzo coordinado y sus metas se consiguen poniendo en juego los conocimientos, las capacidades, las habilidades, la información y, en general, las competencias de las distintas personas que lo integran. El trabajo en equipo es complejo, y hay múltiples elementos y factores que afectan en su comportamiento y que es preciso tener en cuenta; entre otros, el estilo de liderazgo, el tamaño y las habilidades de los miembros del equipo. Nos encontramos con diferentes *tipos*

de equipos y estos pasan por diferentes fases y numerosas veces por algunas de ellas, en función de componentes o exigencias externas o de su propia madurez; en ellos interactúan profesionales que pueden adoptar diferentes roles en el seno del grupo.

El líder y el equipo

El líder, además de competencias cognitivas, ha de poseer competencias emocionales, tanto personales como sociales. El liderazgo implica la capacidad de activar la imaginación de los demás, crear una visión movilizadora que actúe a modo de fuerza orientadora que les inspire a moverse en la dirección deseada, de ese modo conseguirá sacar el máximo partido a la inteligencia grupal o la interacción sinérgica de los talentos más adecuados de cada uno de los profesionales de un equipo. Para dirigir adecuadamente equipos se necesita conocer y entender las propias emociones, y saber conectar y sintonizar con las emociones de los profesionales. Desarrollar habilidades para resolver problemas, tensiones y conflictos, motivar al personal, incentivar la creatividad y mejorar el rendimiento.

Interrogantes para abordar serían: ¿cómo lograr una dinámica grupal de colaboración?, ¿qué es lo que hace que un equipo funcione mucho mejor que el más capacitado de sus integrantes?, poco se puede hacer a modo individual y mucho a nivel grupal. Los equipos requieren una adecuada mezcla de inteligencia y experiencia, la *inteligencia emocional* es el lubricante que necesita la mente del grupo para pensar y actuar con eficacia, ya que por sí solos el intelecto y las habilidades técnicas no convierten a las personas en miembros relevantes de un equipo. Para avanzar un equipo es importante desarrollar en él *competencias emocionales*, como: la autoconciencia, en el sentido de evaluar sus puntos fuertes y débiles; la capacidad para identificar, expresar y controlar los sentimientos, controlar los impulsos y la ansie-

dad; la empatía y la comunicación; la motivación; la cooperación; la estimulación de la iniciativa y la innovación, la creatividad; la actitud activa para la resolución de conflictos; la confianza, y el establecimiento de vínculos.

Las competencias emocionales del equipo se desarrollan con la presencia de un *“liderazgo emocional”* y en función de cómo estén presentes configuran un determinado *“clima emocional”*, considerando este como el modo en que se sienten las personas que trabajan en un determinado equipo y es necesario evaluarlo periódicamente, o en determinados momentos críticos.

El líder tiene que saber detectar en qué momento evolutivo se encuentra el equipo, e intervenir acorde a este, estar atento a las señales emocionales y al rendimiento; nada dejado al azar y sí utilizando herramientas de *dinámica grupal* facilitadoras, en las que la *comunicación* actúa transversalmente. Líder y equipo *han de interactuar eficazmente* en: los encuentros informales, las sesiones clínicas, las reuniones y entrevistas; la definición y comprensión clara de la visión y las metas; la gestión de la diversidad y el talento; la creación de un ambiente de participación, apoyo, reconocimiento, respeto y generosidad que se muestre de manera continua.

Bibliografía recomendada

- Asociación Española de Coaching. Disponible en: <http://www.asescoaching.org/>
- Borrell F. Cómo trabajar en equipo. Barcelona: Gestión 2000; 2001.
- Borrell F. Comunicar bien para dirigir mejor. Barcelona: Gestión 2000; 1996.
- Gallego Morales L, Ruiz de Adana Pérez R. Gestión del talento en instituciones sanitarias en tiempos de crisis. Jano. 2010;1760:75.
- Golemann D. La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairos S.A.; 1998.
- March JC. Equipos con emoción. Granada: EASP; 2011.

Espacio solidario semFYC

Moderador:

Salvador Tranche Iparraguirre

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS El Cristo, Oviedo. Profesor Asociado de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo, Oviedo, España. Miembro del GdT de Neurología de la semFYC

Ponentes y contenido:

1. Actividades del Grupo de Trabajo Tercer y Cuarto Mundo de la semFYC

Jesús Sepúlveda Muñoz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Dirección de la UGC Alameda Perchel, Distrito Sanitario Málaga, Málaga, España. Coordinador del GdT Tercer y Cuarto Mundo de la semFYC. Responsable del PACAP en Andalucía

2. Presentación del documental “Cuánto ganamos, cuántos perdimos” de Médicos del Mundo

Javier Arcos

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Médicos del Mundo

3. Presentación de experiencias solidarias

Contenido

Continuado con la experiencia iniciada en el Congreso semFYC 2012 (Bilbao), el Espacio Solidario pretender dar voz a todos aquellos médicos de familia que realizan labores de cooperación mediante las ONG, para el intercambio de experiencias, el asesoramiento y también para servir de punto de encuentro para todos aquellos con vocación solidaria.

Presentaciones semFYC

Proyecto iSemFYC

Ponentes:

Josep Basora Gallisa

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar
y Comunitaria (semFYC)*

Rafael Martínez de la Eranueva

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Ángel Ruiz Téllez

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
Director de CYMAP*

Contenido

Presentación del proyecto i-semFYC, un proyecto de conocimiento de tercera generación que contempla la implantación de un proyecto de implicación y participación profesional centrado en la salud ciudadana y dando valor al propio proceso de transformación profesional. Este proyecto debe servir de base y facilitar la labor divulgativa, formativa y educativa de semFYC; el intercambio y la difusión de conocimiento científico médico propio de la especialidad de la atención primaria y la medicina familiar; la gestión mejorada de la información y los conocimientos de semFYC y sus fondos editoriales; la creación de nuevas herramientas y aplicaciones informáticas destinadas a los profesionales de la salud, a los pacientes y a la gestión del sistema público de salud.

Mesa: Instrumentos para la estratificación de riesgos en personas con enfermedades crónicas

Moderadores:

Jorge Navarro Pérez

*Director del Observatorio de Enfermedades Crónicas
semFYC/SECA*

Andrés Cabrera León

*Coordinador de OPI MEC (Observatorio de Prácticas
Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas
Complejas), Escuela Andaluza de Salud Pública*

Ponentes:

Sara Artola Menéndez

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid,
España. Coordinadora de la RedGDPS*

Juan Carlos Contel Segura

*Programa Prevención y Atención a la Cronicidad,
Catalunya*

Manuel Francisco Fernández Miera

*Coordinador del Plan de Abordaje Integral
de la Cronicidad de Cantabria*

Marian López Orive

*Subdirección General de Calidad y Cohesión,
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
e Igualdad*

Roberto Nuño Solinís

*Director de O+Berri, Instituto Vasco de Innovación
Sanitaria, País Vasco, España*

Domingo Orozco Beltrán

Vicepresidente Segundo de semFYC

Alberto Ruiz Cantero

*Jefe del Servicio de Medicina Interna,
Hospital de la Serranía, Ronda, Málaga, España*

Bernardo Valdivieso Martínez

*Director de Planificación, Departamento
de Salud La Fe, Valencia, España*

Resumen

Esta actividad tiene 2 objetivos fundamentales: 1) mostrar algunos de los modelos de estratificación de riesgos desarrollados o a desarrollar en España, y 2) servir de espacio de encuentro para el debate y el intercambio de ideas y otras experiencias que permitan avanzar en la identificación y conocimiento de las poblaciones con enfermedades crónicas.

En los últimos años se ha visto incrementada la necesidad de que las organizaciones sanitarias cuenten con instrumentos para la identificación de personas con mayor riesgo o vulnerabilidad, así como con necesidades más complejas. Este reconocimiento y la caracterización de esas personas se lleva a cabo mediante la estratificación (clasificación o segmentación) de la población en subpoblaciones en base a la predicción de determinados niveles de riesgo y perfiles de necesidad. De esta manera, la estratificación permitiría diseñar e implementar programas de atención y cuidado adaptados a las características y necesidades de cada subpoblación, de forma que se pueda evitar o disminuir el impacto de un evento futuro próximo (muerte, reingreso, hospitalización urgente o no programada, gasto, comorbilidad, etc.).

Esto está contribuyendo extraordinariamente a la orientación y enfoque de intervenciones coste-efectivas mediante la selección correcta de determinadas subpoblaciones diana, tema muy relevante y necesario para la preservación y sostenibilidad de nuestro sistema público de atención sanitaria y social.

Patrocinado por: Sanofi

Sistema de triaje en atención primaria

Ponentes:

Juan Carlos Cobo Barquín

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
Servicio de Urgencias del Hospital Universitario
Central de Asturias, Oviedo, España*

Magdalena Canals Aracil

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
Miembro del GdT de Urgencias y Atención Continuada
de la semFYC (GUAC-semFYC)*

Contenido

El triaje es un método de medicina de urgencias para la selección y clasificación de los pacientes, que se basa en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia de acuerdo a las necesidades y los recursos disponibles. Gracias a la tesis doctoral de Juan Carlos Cobo, médico de familia asturiano, el desarrollo informático de Capgemini y la colaboración de miembros del GUAC de semFYC, presentamos esta herramienta diseñada que permite una rápida identificación de pacientes con riesgo vital, una priorización correcta de los pacientes y obtener información del tiempo de espera estimado tanto al paciente como a los familiares. Esta herramienta facilita al personal de enfermería realizar una valoración objetiva de los pacientes, proporciona un lenguaje común para todos los profesionales que asisten las urgencias en atención primaria, permite disponer de información estadística sobre el servicio prestado, dar información en tiempo real de la actividad de los distintos centros de salud, ofrecer apoyo a la toma de decisiones, facilitar la previsión de necesidades, optimizar el uso de personal en el servicio de urgencias y prestar mejor servicio al ciudadano optimizando recursos.