

Piú avanti

*“Si te postran diez veces, te levantas
otras diez, otras cien, otras quinientas:
no han de ser tus caídas tan violentas
ni tampoco, por ley, han de ser tantas.”*

- Pedro Bonifacio Palacios (Almafuerte), 1907.

Para todos los que hacemos esta revista, la muerte prematura de Mario Gustavo Acuña, nuestro amigo y mentor, nos produce una profunda tristeza y el temor de que su ausencia se multiplique cada vez que enfrentemos los obstáculos diarios de la gestión editorial, cada vez que acudamos a un Congreso, cada vez que necesitemos la palabra sabia y justa de quien supo orientarnos en momentos de zozobra.

Miembro fundador de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, e integrante de este Comité Editorial desde el primer número, lideró la construcción de una sociedad científica cercana a los intereses de las mayorías. A pesar de que esto le valió no pocos enfrentamientos con colegas de larga trayectoria profesional, era su característica no guardar rencor, ni proceder con otro interés que no sea el de la superación de las limitaciones humanas. En línea con su espíritu emprendedor, desempeñó varios cargos en instituciones públicas y privadas, siempre dedicándose al desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud. Con esa misma lógica participó y coordinó diferentes iniciativas en varias provincias de la Argentina, como así también en Brasil, Bolivia y Chile.

Paralelamente desarrolló actividades como docente de grado y posgrado en la Universidad de Buenos Aires, en la Universidad Nacional de La Plata, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, y en diferentes universidades nacionales y de países de la región. Desde 2013 se desempeñaba como docente de grado en la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza, la cual tiene una currícula integrada, orientada a la comunidad, y centrada en el estudiante.

Quienes conocimos a Mario sabemos que la docencia era su lugar natural, que el “patrón oro” del Profesor de Medicina Familiar, era él.

Mario Gustavo Acuña fue un líder de la Atención Primaria a nivel mundial. Su devoción al trabajo y su alegría por el ejercicio de una profesión más humana, más tolerante con la incertidumbre, más abierta a la escucha de lo invisible, nos guía y nos sirve de inspiración a todos los médicos de familia y generalistas del país.

Esta nueva gestión de Archivos de Medicina Familiar y General comienza sin su presencia. Pero la publicación de este número en medio de su partida es signo de que Archivos continuará, y de que quienes la continuamos, a su lado aprendimos todo lo que necesitábamos para seguir el camino que empezamos a recorrer juntos.

Hasta siempre, amigo.

GONZÁLEZ CALBANO, Agustín

El peso de un diagnóstico

The weight of a diagnosis

ANTACLE, Alberto*; AYMAT, Ana**; BARICHELLO, Federico***; BLACONÁ, Daiana****; BORSETTA, Eduardo***; BUERO, María****; BUSTAMANTE MARTINETTO, Gisela****; CAJAL, Nadia****; CANALES, Kiney****; CATANZARO, Laura****; CORCUERA, Valeria****; Prof. Mg. D'URSO, Marcela****; DE SERRANOS SUASNÁBAR, Delfina****; DEGUER, Samanta****; DEL CASTILLO, Gabriela****; ELÍAS, María****; ELWART, María****; FITZSIMONS, Melisa**; FURNARI, Natalia****; GARCÍA PINTO, Sofía****; GORGO, Guillermo*; HARA DUCK, Marcos***; HEREDIA, Verónica*; HERRERA, Alejandra****; LARRIERA, Federico***; LATORRACA, Mariana**; LEIVA, Fernanda****; LÓPEZ FRÍAS, Rocío****; PÉREZ, Brenda****; PONCE DE LEÓN, María**; RENTERÍA, Fernando*; SUÁREZ, María****; ZEITTE, Luisina****

* Médico de Familia. Instructor de la Residencia de Medicina Familiar–Obra Social del Personal de la Construcción (San Miguel de Tucumán, Argentina).

** Médica de Familia. Instructora de la Residencia de Medicina Familiar–Obra Social del Personal de la Construcción (San Miguel de Tucumán, Argentina).

*** Médico Residente de Medicina Familiar – Obra Social del Personal de la Construcción (San Miguel de Tucumán, Argentina).

**** Médica Residente de Medicina Familiar – Obra Social del Personal de la Construcción (San Miguel de Tucumán, Argentina).

***** Lic. en Matemática. Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Tucumán (San Miguel de Tucumán, Argentina).

Contacto: Méd. Alberto Antacle (albertoantacle@hotmail.com).

Fecha recibido: 10/06/2015
Fecha aceptado: 11/10/2016

RESUMEN

Introducción: El estado nutricional (EN) infantil requiere adecuada evaluación. Objetivos: Describir el EN de niños de 1-5 años que asistieron a tres centros de atención primaria de una obra social en 2014 y su método de evaluación. Conocer el impacto del diagnóstico en sus familias. Materiales y métodos: Estudio multicéntrico cuali-cuantitativo, n=891. Se revisaron historias clínicas y se entrevistó a padres de niños con diagnóstico de obesidad o bajo peso. Resultados: El 52% de los niños fueron evaluados con percentilos Peso/Edad, hallándose 71% eutrófico, 6% con obesidad, y 4% bajo peso. Utilizando percentilos IMC/Edad, 60% resultó eutrófico, 14% con obesidad y 1% con bajo peso. En el análisis cualitativo se observaron: naturalización del diagnóstico, dificultad de los padres para poner límites, sentimientos de culpa y frustración, y déficits en la comunicación médico-familia. Conclusión: El 60% de los niños de 1-5 años que consultaron en tres centros de atención primaria de una obra social en el año 2014 resultaron eutróficos, 14% con obesidad y 1% bajo peso. La mayoría de los niños fueron evaluados utilizando percentilos incorrectos. La subestimación del diagnóstico por parte de los padres fue favorecida por el uso de eufemismos y lenguaje diminutivo por parte de los médicos.

PALABRAS CLAVE: Evaluación Nutricional; Niño; Diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: Childhood nutritional status (NS) requires adequate assessment. Objectives: To describe NS of children aged 1-5 that attended three primary care centers of a social security organisation during 2014 and its method of assessment. To know the impact the diagnosis had on their families. Materials and methods: Quali-quantitative multicenter study, n=891. Charts were reviewed and parents of children diagnosed with obesity or low weight were interviewed. Results: 52% of children were assessed using Weight/Age percentiles, being 71% eutrophic, 6% with obesity, and 4% low weight. Using BMI/Age percentiles, 60% were eutrophic, 14% with obesity and 1% with low weight. In the qualitative analysis were observed: naturalization of the diagnosis, parental difficulties in setting limits, feelings of guilt and frustration, and deficits in physician-family communication. Conclusion: Using the BMI/Age curve, 60% of the 1-5 year olds who were attended at three primary care centers of a social security organisation in 2014 were eutrophic, 14% were obese and 1% had low weight. Most children were assessed using wrong percentiles. Underestimation of the diagnosis by parents was favored by the use of euphemisms and diminutive language by physicians.

KEYWORDS: Nutrition Assessment; Child; Diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La infancia es considerada una etapa trascendental en el crecimiento y desarrollo, para lo cual es fundamental una adecuada nutrición; ésta su vez está condicionada por el potencial genético del individuo, los factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se modifica el equilibrio de estos factores, se interrumpe el normal crecimiento y desarrollo de los niños, pudiendo dar lugar al bajo peso o la obesidad (1).

Para la evaluación antropométrica en Argentina se utilizaban las tablas nacionales de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), hasta que en el año 2007 el Ministerio de Salud de la Nación, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), estandarizaron la valoración del estado nutricional (EN) en niños de 1 a 5 años mediante el uso del Índice de Masa Corporal (IMC) (1).

El uso de diferentes herramientas para evaluar el EN puede llevar a diagnósticos erróneos, surgiendo de esta manera la necesidad de actualizar la valoración antropométrica (2-5). Sería deseable, a su vez, poseer datos fidedignos y únicos acerca de la prevalencia del EN en Argentina para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública.

En la práctica cotidiana percibimos que los niños no están adecuadamente valorados en cuanto a su crecimiento. De esta manera, se corre el riesgo de "rotular" con un diagnóstico a un niño sano (con el impacto que esto puede ocasionar en él y su familia), o bien, de no detectar a aquel que sí presenta una malnutrición (6-8). Surge así la necesidad de averiguar qué curvas de crecimiento se utilizan en nuestros consultorios para realizar el diagnóstico del EN y seguimiento de los niños menores de 5 años, así como también conocer el impacto que genera en la familia el diagnóstico de bajo peso o de obesidad en un niño.

OBJETIVO GENERAL

Describir el EN de los niños de 1 a 5 años que asistieron a tres centros de atención primaria de la Obra Social del Personal de la Construcción (OSPeCon) durante el año 2014, y conocer el impacto del diagnóstico de bajo peso u obesidad del niño en la familia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el EN registrado en las historias clínicas.
- Conocer el número de niños que fueron percentilados con las diferentes curvas de patrón de crecimiento.

- Valorar el EN según el IMC/Edad.
- Establecer la concordancia entre el EN registrado en la historia clínica y el calculado según IMC/Edad.
- Indagar los sentimientos generados en la familia a partir del diagnóstico de bajo peso u obesidad del niño.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico cuali-cuantitativo durante el período marzo-agosto del año 2015.

COMPONENTE CUANTITATIVO

Estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó como fuente de datos una revisión de historias clínicas.

Población de estudio: Niños de ambos sexos, de 1 a 5 años que consultaron en los Centros Médicos de Atención Primaria (CeMAP) de OSPeCon localizados Capital Federal, Rosario y Tucumán durante los meses de enero a diciembre del año 2014.

Criterios de inclusión: Niños de ambos sexos de 1 a 5 años con al menos un registro de peso y talla en el año 2014.

Criterios de exclusión: Niños con discapacidad (con certificado registrado).

Variables de estudio:

- Edad: Se midió en años.
- Sexo: Femenino/masculino.
- Percentilados: Niños que presentaron al menos un registro de percentil en el año 2014. Se categorizó en sí o no.
- Forma de registrar: Se categorizó en IMC/Edad, Peso/Talla y Peso/Edad según sexo, en base al último registro presente en la historia clínica del paciente.
- EN registrado: Según el último registro en la historia clínica del paciente, se categorizó como:
 - Bajo peso: valor menor al percentil 3, indistintamente de la curva que se utilizara.
 - Riesgo de bajo peso: valor comprendido entre los percentiles 3 y menor a 10, indistintamente de la curva que se utilizara.
 - Eutrófico: valor comprendido entre los percentiles 10 y menor a 85 en los casos que se utilizó la curva IMC/Edad. Cuando se utilizó la curva Peso/Edad se tomó el valor comprendido entre los percentiles 10 y menor a 90.
 - Sobrepeso: valor comprendido entre los percentiles 85 y menor a 97 en los casos que se utilizó la curva IMC/Edad. Cuando se utilizó la curva Peso/Edad se tomó el valor comprendido entre los percentiles 90 y menor a 97.

- Obesidad: valor igual o mayor al percentil 97.
- EN calculado: Se realizó través de la curva de patrón de crecimiento IMC/Edad según sexo. Se categorizó como:
 - Bajo peso: valor menor al percentil 3.
 - Riesgo de bajo peso: valor comprendido entre los percentiles 3 y menor a 10.
 - Eutrófico: valor comprendido entre los percentiles 10 y menor a 85.
 - Sobrepeso: valor comprendido entre los percentiles 85 y menor a 97.
 - Obesidad: valor igual o mayor al percentil 97.

Se utilizaron planillas de Microsoft Excel para el procesamiento de las variables y elaboración de tablas y gráficos. Se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio y de concordancia mediante Coeficiente Kappa de Cohen con nivel de significación del 5%.

COMPONENTE CUALITATIVO

Se realizó un estudio fenomenológico atendiendo a la experiencia única e individual de las madres o cuidadores sobre el diagnóstico de bajo peso u obesidad de sus hijos.

La selección de los participantes fue intencional, de variación máxima. Se los citó mediante su médico de

cabecera quien se constituyó en padrino informal, o a través de llamados telefónicos.

Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad a los cuidadores, en ambientes destinados para tal fin en los diferentes CeMAP. Éstas fueron grabadas previa autorización de los participantes.

El análisis se realizó siguiendo el método de la Teoría Fundamentada. Esto implicó la lectura y relectura de los textos obtenidos de la desgrabación de las entrevistas, su desconstrucción mediante codificación abierta y posterior reconstrucción por codificación teórica creando categorías descriptivas que se fueron relacionando y sintetizando hasta lograr responder la pregunta respecto de los sentimientos generados y la experiencia vivida por los padres.

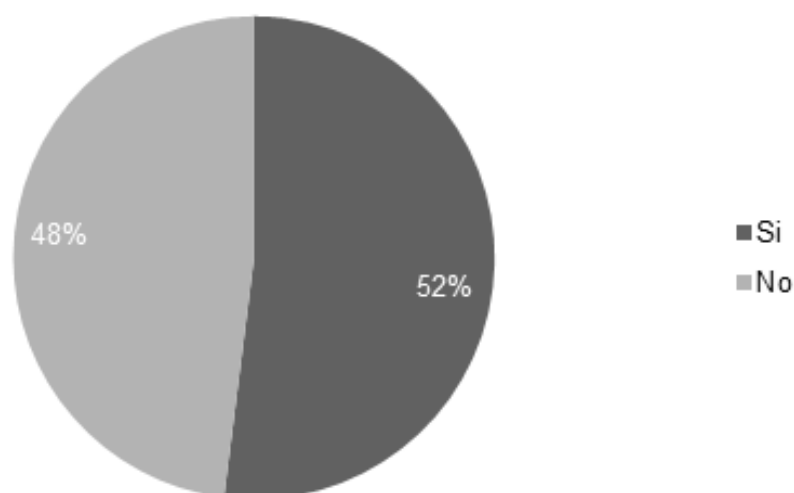
CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó a cada madre o cuidador principal el consentimiento informado de manera oral. El protocolo fue visado y aprobado por el Comité de Ética de San Miguel de Tucumán.

RESULTADOS

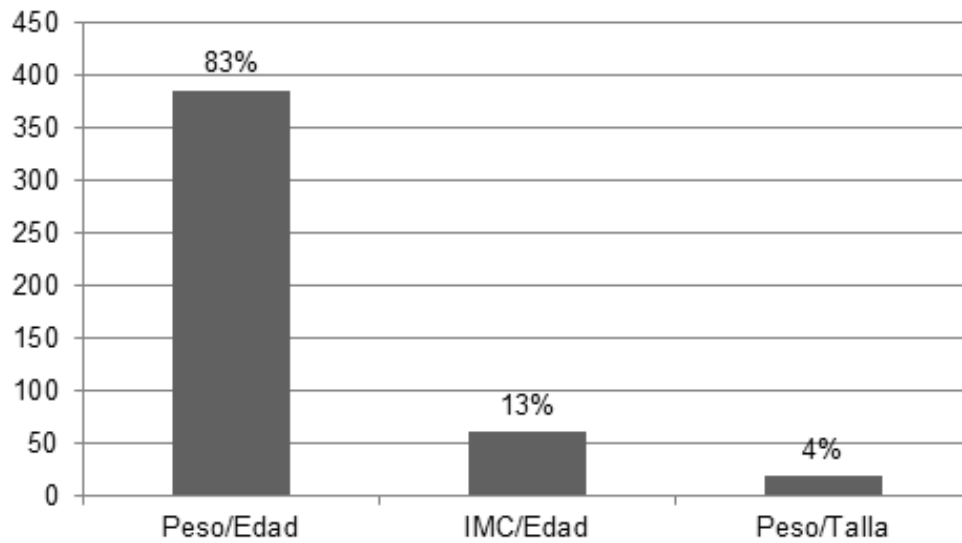
Los niños que consultaron durante el año 2014 fueron 2224. Cumplieron con el criterio de inclusión 891 niños.

Gráfico 1. Distribución de los niños evaluados, según si fueron o no percentilados (n=891).



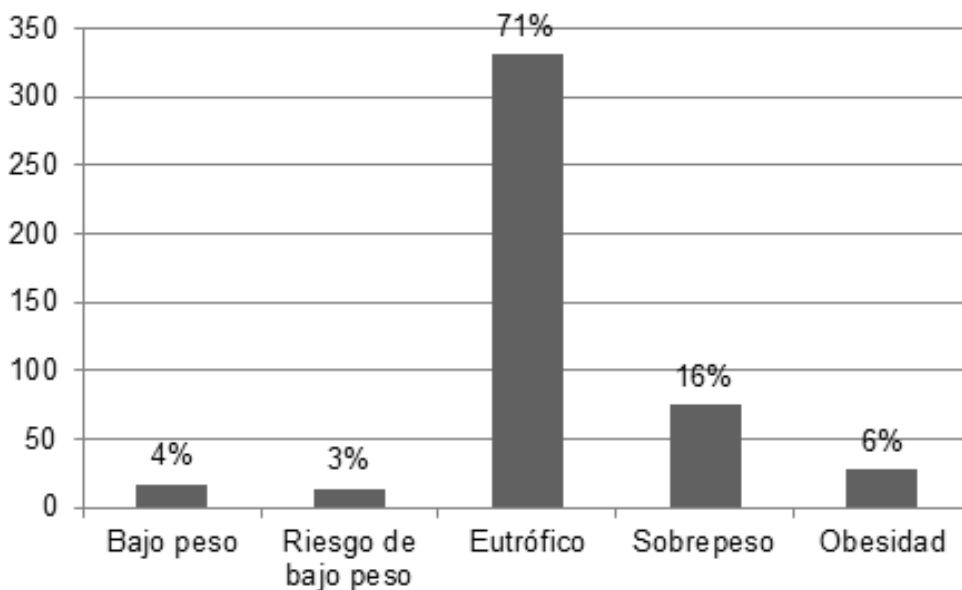
Se observó que solo el 52% (465) de los niños que consultaron a los CeMAP durante el año 2014 fueron percentilados.

Gráfico 2. Frecuencia de niños percentilados según forma de registrar el patrón de crecimiento (n=465).



Del total de niños percentilados, el 83% (386) fueron el 13% (59) según curva IMC/Edad, mientras que el registrados según la curva de crecimiento Peso/Edad, 4% (20) a través de Peso/Talla.

Gráfico 3. Distribución de los niños según EN registrado (n= 465).

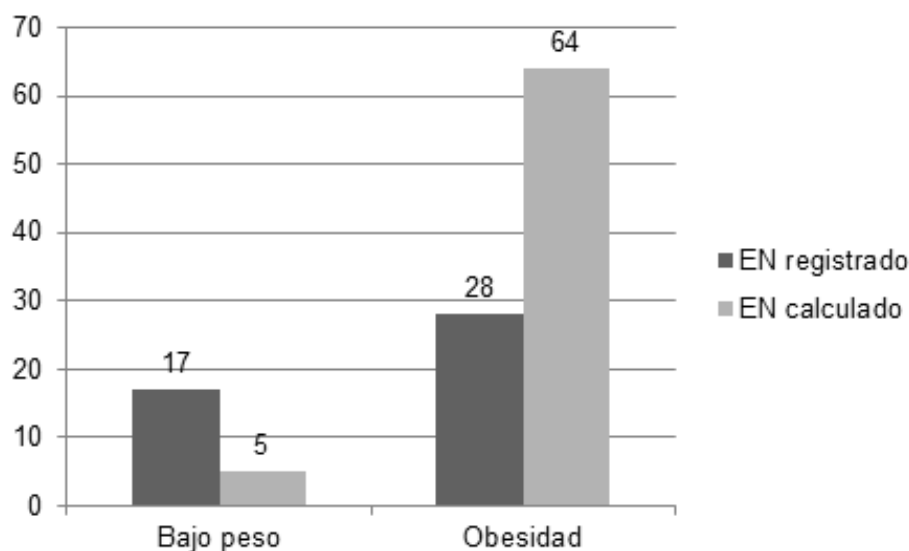


Del total de niños percentilados, el EN registrado corresponde a eutrófico el 71% (331), obesidad el 6% (28) y bajo peso el 4% (17).

El EN calculado de los niños que consultaron fue eutrófico en el 60% (538), obesidad en el 14% (123) y bajo peso en el 1% (8).

Se observa que a través del EN calculado, el número de niños con bajo peso desciende de 17 a 5; lo contrario ocurre con la obesidad, donde el número de niños aumenta de 28 a 64.}

En la Tabla 1 se observa la distribución conjunta entre el EN registrado en las historias clínicas y el EN calculado a través del IMC/Edad.

Gráfico 4. EN registrado y EN calculado con respecto a bajo peso y obesidad (n=465).

Cuando se realizó el nuevo cálculo utilizando el IMC/Edad, de los niños que fueron registrados como bajo peso solo el 24% coincidieron con este diagnóstico, de los que se registraron como riesgo de bajo peso coincidieron con este diagnóstico el 43%, así como el 79% de los eutróficos, y el 43% de los registrados con

sobrepeso. Finalmente, los que fueron registrados con obesidad coincidieron en un 96%.

Del análisis de concordancia se encontró que el Coeficiente de Kappa de Cohen fue igual a 0,423 ($p < 0,0001$).

Tabla 1. Concordancia diagnóstica entre EN registrado y EN calculado (n=465).

EN	Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Eutrófico	Sobrepeso	Obesidad	Total registrado
Bajo peso	4(24%)	2	10	0	1	17
Riesgo de Bajo Peso	0	6(43%)	6	2	0	14
Eutrófico	1	5	260(79%)	56	9	331
Sobrepeso	0	0	16	32(43%)	27	75
Obesidad	0	0	0	1	27(96%)	28
Total calculado	5	13	292	91	64	465

HALLAZGOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Se realizó la lectura de los textos obtenidos por desgrabación de las entrevistas, con la posterior codificación de los datos primarios verificando la saturación de los mismos. Se obtuvieron categorías descriptivas, entre las que encontramos:

Rebelión en la casa

Al indagar el día a día en las familias se observó como factor común la dificultad en la puesta de límites de los padres a sus hijos en relación al momento de la alimentación, ante la cual reaccionan de diversas maneras: luchando para que coman, negociando, y muchas veces claudicando ante los niños:

"[...] Cuesta para que coma, reniego con ella. No la veo bien, es una lucha".

"[...] Que coma lo que quiera a la hora que quiera".

"[...] Renegamos para que se levanten, para que tomen el desayuno, para que coman al mediodía también".

La falta de límites identificada parece influir en la rutina de las comidas, especialmente en la organización de las mismas:

"[...] No tienen horarios. Se come a cualquier hora".

"[...] Yo estaba con muchas cosas. Yo vivía más en el colectivo que en mi casa".

"[...] Él tiene que estar tranquilo para comer".

"[...] Al mediodía es como que me siento en cualquier

lugar [...] A la noche comemos comida elaborada”.

El mundo más allá de la mamá

La alimentación juega un rol fundamental en la dinámica familiar; la comunicación entre la pareja es indispensable para establecer las pautas alimentarias. En las distintas familias se manifestaron discrepancias entre los padres, evidenciándose la alianza de los niños con los papás:

“[...] Mi marido nunca las ha retado, todo le da. Será porque siente que las abandona”.

“[...] Mi marido estaba en la obra y yo tenía que hacer de madre y padre todo el tiempo”.

“[...] Y si en la relación matrimonial por la pelea de lo que iba a comer y no iba a comer”.

Lo que se llevan del consultorio

De las entrevistas surge que no siempre los padres reciben el diagnóstico por parte de los médicos:

“[...] El médico nunca me dijo que estaba bajo peso”.

El mensaje parece ser poco claro, lo que dificultaría la comprensión de la realidad nutricional. Esto lleva en algunos casos a alarmas innecesarias y en otros a la naturalización poco conveniente:

“[...] El doctor me dijo que estaba gordito pero ya se va a estirar”.

“[...] Me dijo que con el tiempo podía engordar o ser como yo. [...] Pero sigue teniendo bajo peso”.

“[...] Y le dije (a la psicóloga) que me está volviendo loca, porque ella me decía una cosa, la pediatra otra, hasta que un día me rebelé y no fui más”.

“[...] No me dan una respuesta los médicos. Ella está sanita, pero no sé por qué no aumenta de peso”.

La subjetividad parental

Ante la pregunta que utilizamos para conocer la percepción que tenían los padres frente al EN de sus hijos, se observó diversidad entre las respuestas: en algunos casos no asumían el estado como patológico, sino más bien naturalizaban o minimizaban el diagnóstico, y en otros casos había plena conciencia del problema:

“[...] Y veo entre las compañeras y hay chiquitas que son más chiquitas que ella”.

“[...] Ella no sube más de lo que tiene, es flaquita, es chiquita, porque mi esposo era así”.

“[...] En mi familia son todos grandotes, ella es la única flaquita. Ella es la única que tiene problemas”.

“[...] El sobrepeso de ella es por la estructura ósea. La obesidad se trata de otra cosa”.

“[...] De salud bien, pero la veo gordita [...] No es

normal que ella sea tan gordita, para mí no está bien”.

Un mundo de emociones

Conforme fueron avanzando las entrevistas, se profundizó sobre el impacto que generó el diagnóstico a nivel afectivo, evidenciando sentimientos mayormente de culpa y preocupación, planteándose dudas y temores con respecto al buen cumplimiento del rol parental.

“[...] Me sentía mal, toda la culpa me la echo yo porque soy la madre [...] me siento culpable, siempre lo quise sacar adelante”.

“[...] Me preocupa el desarrollo de ella. A medida que no sube de peso no aumenta su cerebro. Veo en la tele que la desnutrición trae problemas en el desarrollo mental”.

“[...] Me sentí un poco mal, nosotros hacemos lo posible para que coma, para que no le falte comida [...] Ya no tengo esperanzas, ya no sé qué hacer”.

“[...] Tenemos miedo. ¿Es una enfermedad la obesidad, no?”.

DISCUSIÓN

De los 2224 niños de 1-5 años que consultaron en el año 2014, nuestra población fue de 891 debido al no registro de peso y talla en la historia clínica, controles en el sistema público, o demanda espontánea con registro independiente.

De estos 891, se encontraron registros de percentil en 465 de los niños, debido a consultas por patologías agudas o desinterés por incluir la antropometría en el control habitual. El 83% fueron percentilados utilizando Peso/Edad, método que desde el año 2007 no está recomendado para valorar el EN, por lo que el uso de esta forma de valorar el crecimiento podría generar diagnósticos erróneos (4,5), los que pueden generar sentimientos de culpa y preocupación en los padres, impactando de manera negativa en las familias y creando percepción de mal cumplimiento del rol parental.

Utilizando la curva IMC/Edad el 60% resultó eutrófico, 14% con obesidad y sólo 1% bajo peso, lo cual coincide con la prevalencia descrita por la OMS (9,10). El 76% de sobrediagnóstico de bajo peso y subdiagnóstico del 4% para obesidad refleja la concordancia moderada entre el EN registrado y el calculado de nuestra muestra (4,5).

Por otra parte, cabe tener en cuenta que todo diagnóstico condiciona cambios y conductas en el sistema familiar (6-8,11). La subestimación del diagnóstico por parte de los padres se vio favorecida por aspectos de la comunicación médico-familia,

particularmente el uso de eufemismos y lenguaje diminutivo.

Proponemos sensibilizar la mirada de los profesionales del equipo de salud ante esta temática, reforzar la relación médico paciente, favorecer estrategias de prevención primaria y cuaternaria acordes, y disminuir en lo posible las connotaciones negativas acerca del bajo peso y la obesidad.

CONCLUSIÓN

Utilizando la curva IMC/Edad, el 60% de los niños de 1-5 años que consultaron en tres centros de atención primaria de una obra social en el año 2014 resultó eutrófico, 14% con obesidad y sólo 1% bajo peso. La mayoría de los niños fueron percentilados utilizando tablas no recomendadas, por lo que se considera imperiosa la actualización sobre las formas de valoración antropométrica para evitar el impacto de diagnósticos erróneos.

Se observó una subestimación del diagnóstico por parte de los padres, favorecida por el uso de eufemismos y lenguaje diminutivo por parte de los médicos; como así también en otros casos se generaron sentimientos de culpa, miedo y preocupación en relación al buen cumplimiento del rol parental.

REFERENCIAS

1. Abeyá Gilardon EO, Calvo EB, Durán P, Longo EN, Mazza C. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2009 [citado 12 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000256cnt-a07-manual-evaluacion-nutricional.pdf>.
2. Onis Mercedes de, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Elaboración de un patrón OMS de crecimiento de escolares y adolescentes. Bull World Health Organ [Internet]. 2007 Sep;85(9):660-667. Disponible en: http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull_es.pdf.
3. Abeyá Gilardon E, Anigstein C, Bay L, Caíno S, Calvo E, Del Pino M et al. Referencias y estándares de crecimiento en la Argentina: Consideraciones del Grupo ad hoc para el análisis de las tablas de la Organización Mundial de la Salud y su uso en la Argentina. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2007 Abr;105(2):159-166. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000200013&lng=es.
4. Gotthelf SJ, Jubany LL. Comparación de tablas de referencias en el diagnóstico antropométrico de niños y adolescentes obesos. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2005 Abr;103(2):129-134. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000200006&lng=es.
5. Anigstein C, Kerai V, Acosta A, Moranelli de Zárate A, Martinolich A, Cabrera D et al. Comparación de las referencias argentinas y los estándares de la OMS en la evaluación antropométrica poblacional de niños menores de 5 años. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Mar 21];106(6):505-509. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000600006&lng=es.
6. Cabanillas de la Cruz S. Concepciones, significados, sentimientos, acciones y expectativas de madres de niños con desnutrición aguda [tesis]. Chimbote (Perú): Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2007.
7. Percepciones sociales sobre la alimentación y negociación cultural deficiente en las recomendaciones dietéticas dirigidas a madres con hijos menores de cinco años que presentan desnutrición. Cienc. humanismo salud [Internet]. 2014 [citado 13 Mar 2015];1(2):71-80. Disponible en: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/21>.
8. Cabrera Rojas N, Rolón Arambulo R, Garcete Mañotti L, Sanabria MC, Arredondo M, Pizarro F. Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional real de niños preescolares que asisten a la consulta de pediatría general. Pediatr. (Asunción) [Internet]. 2013 Dic [citado 12 Mar 2015];40(3):235-240. Disponible en: <http://www.revista.spp.org.py/index.php/ped/article/view/270>.
9. Organización Mundial de la Salud. WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/nutgrowthdb/en/>.
10. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud: Documento de Resultados 2007. Ministerio de Salud de la Nación, 2007. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>.
11. Herkovits D. Las fronteras de la medicalización:

tensiones en torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Sep [citado 28 Feb 2015];17(9):2543-2551. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n9/a34v17n9.pdf>.

Estudio Multicéntrico sobre Preferencia por los Cuidados Centrados en la Persona en Sudamérica

Multicenter Study on Preference for Person-Centered Care in South America

COPPOLILLO, Fernando Enrique*; GIMÉNEZ LASCANO, Gustavo** ; SUÁREZ, Miguel Ángel***; VERA GONZÁLEZ, María Luisa*** ; ZAMBRANA, Eliana***; QUISPE, Loyda***; MEAVE, Gladis***; HERLAX, Gabriela****; SANTILLÁN, Valeria****; CIUFFOLINI, Beatriz****; DIDONI, Marisa****; RIVAS TORNESE, María Alejandra****; BUFFA, Gabriela****; ANTACLE, Alberto****; ASCANI, Dario**; JURE, Humberto****; CACACE, Patricio****; VILLAGRA, Roberto****†

* Departamento de Medicina Familiar – Universidad de Buenos Aires (Buenos Aires, Argentina)

** Cooperativa Grupo de Práctica de Medicina Familiar (Buenos Aires, Argentina)

*** Sociedad Boliviana de Medicina Familiar (La Paz, Bolivia)

**** Obra Social del Personal de la Construcción (Buenos Aires, Argentina)

***** Departamento de Medicina Familiar – Universidad Nacional de Córdoba (Córdoba, Argentina)

***** Obra Social del Personal de la Construcción (San Miguel de Tucumán, Argentina)

Contacto: Méd. Fernando Coppelillo (fernando.coppelillo@gmail.com).

Fecha recibido: 10/06/2016

Fecha aceptado: 01/08/2016

RESUMEN

Introducción: Los Cuidados Centrados en la Persona (CCP) se caracterizan por cuatro dimensiones: alianza terapéutica, el paciente como persona, el médico como persona, y el enfoque biopsicosocial. Los objetivos de este estudio fueron determinar y analizar el nivel de Preferencia por los Cuidados Centrados en la Persona (PCCP) en centros de salud de dos países de Sudamérica. **Materiales y métodos:** Se realizaron encuestas en siete centros de salud de Argentina y Bolivia, utilizando el cuestionario ECP1. **Resultados:** Se analizaron 844 cuestionarios, en los que se observó un porcentaje general de PCCP de 70%. **Conclusiones:** Los CCP demostraron tener una importante preferencia en los siete centros de salud evaluados en los dos países de Sudamérica.

PALABRAS CLAVE: Atención Ambulatoria; Calidad de la Atención de Salud; Atención Dirigida al Paciente.

ABSTRACT

Background: Person-Centered Care (PCC) is characterized by four dimensions: the therapeutic alliance, the patient as a person, the physician as a person, and the biopsychosocial approach. The objectives of this study were to determine and analyze the level of Preference for Person-Centered Care (PPCC) in healthcare centers of two South American countries. **Materials and methods:** Surveys were conducted in seven healthcare centers in Argentina and Bolivia, using the ECP1 questionnaire. **Results:** 844 questionnaires were analyzed, in which an overall percentage of 70% PPCC care was observed. **Conclusions:** PCC showed to have an important preference in the healthcare centers evaluated.

KEYWORDS: Ambulatory Care; Quality of Health Care; Patient-Centered Care.

INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Centrados en la Persona (CCP) se caracterizan por cuatro dimensiones definidas por diferentes investigaciones: alianza terapéutica, el paciente como persona, el médico como persona y el enfoque biopsicosocial (1-7). Esto tiene implicancias en el desarrollo de competencias actitudinales y en el entrenamiento en destrezas de comunicación médico-paciente-familia, lo que probablemente mejoraría la calidad y los resultados de los equipos de Atención Primaria. Una investigación realizada en la ciudad de Buenos Aires permitió validar un instrumento para evaluar estas preferencias (8); en la misma se observó un alto nivel de preferencia aunque el tamaño muestral y la población estudiada presentan limitaciones para poder generalizar sus resultados.

OBJETIVOS

- Determinar el nivel de Preferencia por los Cuidados Centrados en la Persona (PCCP) en centros de salud de dos países de Sudamérica.
- Determinar diferencias del nivel de preferencias según grupos de edad y subsistema de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó el cuestionario ECP1, validado en investigaciones anteriores (9). El cuestionario ECP1 es un cuestionario estructurado autoadministrado, que evalúa a través de diez ítems con escalas tipo Likert dos dimensiones del Enfoque Centrado en la Persona (ECP): el paciente como persona y la alianza

terapéutica.

Las encuestas se llevaron a cabo en 7 Centros de Salud de diferentes localidades de Argentina y Bolivia. En cada uno de los mismos se seleccionó una muestra por conveniencia en la sala de espera, donde el cuestionario autoadministrado fue aplicado en forma supervisada por los investigadores.

Para el análisis de los resultados, en primer término se realizó un análisis de la distribución de las respuestas del cuestionario, señalando el n y % de personas que señalaron la preferencia de un ítem en particular; luego se determinó el porcentaje de PCCP a través de un score 100, donde el 100% está representado por el máximo nivel de preferencia. Para la comparación del porcentaje PCCP de acuerdo a cada grupo se utilizó el rank-sum test, asumiendo la distribución no normal de esta variable. Los grupos considerados fueron los siguientes: pacientes mayores de 60 años de edad, género, percepción de estado de mal o regular estado salud, servicios por seguridad social (obra social o caja), si posee un médico personal, si realiza 4 o más consultas al año, y si consume medicamentos en forma crónica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA 8.0.

RESULTADOS

Se analizaron 844 cuestionarios. Los ítems que presentaron una preferencia alta o muy alta fueron: "que el médico sea amable y comprensivo" (n=605, 71,5%), "que el médico me explique con claridad las alternativas para el manejo de mi problema" (n=604, 75,7%) "que se comprometa con el manejo de mi problema" (n=606, 71,7%) y "que conozca sus limitaciones y trabaje en equipo" (n=569, 67,4%).

Tabla 1. Distribución de respuestas (%).

El nivel de preferencia es...	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto
Factor 1: El paciente como persona (alpha 0,84).					
Que el médico pueda ponerse en mi lugar	2,0	6,6	43,5	29,6	18,3
Que se interese por mis miedos y preocupaciones	1,7	5,2	33,1	38,6	21,5
Que se interese por mis circunstancias de vida (familia, trabajo..)	4,6	12,4	39,7	29,3	14,0
Que tengamos una relación de confianza	1,9	4,9	33,6	36,2	23,4
Que sea amable y comprensivo	0,7	1,7	29,3	39,7	32,0
Factor 2: La alianza terapéutica (alpha 0,74).					
Que el médico se ocupe de mi cuerpo y de mi persona	1,3	1,7	36,0	37,4	23,6
Que me explique con claridad todas las alternativas,,,	1,3	3,3	19,6	39,8	36,0
Que me permita decidir acerca de las alternativas	1,7	5,6	35,9	36,4	20,4
Que se comprometa con el manejo de mi problema	0,8	3,9	23,5	44,4	27,4
Que conozca mis limitaciones y trabaje en equipo	1,5	4,6	29,4	39,8	27,6

Se observó un porcentaje general de PCCP de 70%. Se observó mayor porcentaje de PCCP en pacientes de Argentina, que consultan 4 o más veces al año,

perciben su salud como muy buena, poseen un médico personal, y están polimedicados (p<0,05).

Tabla 2. Preferencia por el ECP por subgrupos (%).

	% PPCP	IC 95%	P
Género (n)			
Femenino (556)	69,6	68,3 - 70,9	0,50
Masculino (288)	68,8	67,1 - 70,6	
Edad (n)			
Menores de 60 (733)	69,0	67,9 - 70,2	0,16
60 años o más (111)	71,4	68,8 - 74,1	
Obra Social o Caja (n)			
Si (685)	69,0	67,8 - 70,1	0,16
No (159)	70,9	68,4 - 73,3	
País			
Bolivia (241)	63,9	62,0 - 65,9	0,00
Argentina (603)	71,5	70,3 - 72,7	
4 o más consultas año (n)			
Sí (336)	70,7	69,0 - 72,4	0,03
No (508)	68,4	67,1 - 69,8	
Posee un médico personal (n)			
Si (434)	71,0	69,6 - 72,4	0,00
No (410)	67,6	66,1 - 69,1	
Salud percibida como buena / muy buena / excelente			
Si (572)	70,2	68,9 - 71,4	0,03
No (272)	67,6	65,7 - 69,5	
Polimedicado			
Si (296)	70,9	69,2 - 72,7	0,03
No (572)	68,5	67,2 - 69,8	

Se encontraron diferencias en los centros que se incluyeron en la investigación, siendo el de mayor PCCP el Hospital de Clínicas de la ciudad de Córdoba, y el

de menor preferencia el de la localidad de San Miguel, en la provincia de Buenos Aires.

Tabla 3. Puntaje de PCCP por centro.

	n	Media	SD
Centros de Salud de La Paz (Bolivia)	241	63,9	15,4
CSF Luján (Argentina)	149	70,9	14,6
Hospital de Clínicas, Córdoba (Argentina)	108	79,9	11,5
Hospital Córdoba (Argentina)	52	72,0	12,4
CEMAP Tucumán (Argentina)	197	69,4	46,4
CEMAP San Miguel, Buenos Aires (Argentina)	50	61,0	13,2
CEMAP Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)	47	73,8	13,0

CONCLUSIONES

Los CCP demostraron tener una importante preferencia en los siete centros de salud evaluados en los dos países de Sudamérica.

REFERENCIAS

1. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2002 Sep;48(1):51-61.

2. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000 Oct;51(7):1087-110.
3. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ.* 2001 Feb 24;322(7284):468-72.
4. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.* 2da Ed. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd.; 2003.
5. McWhinney I. *Medicina de Familia.* Barcelona: Mosby/Doyma; 1994.
6. Corbella S, Botella L, La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *An Psicol.* 2003;19(2):205-221.
7. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dic 12;12:CD003267. doi: 10.1002/14651858.CD003267.pub2.
8. Coppolillo F, Andina L, Cacace P, Giménez Lascano G. El fenómeno de la alianza terapéutica: Investigación cualitativa. En: Primer Congreso Regional Iberoamericano de Medicina Familiar - WONCA Iberoamericana CIMF; 11-14 Octubre 2006; Buenos Aires, Argentina.
9. Coppolillo F, Labory L, Martín P, Giménez Lascano G. El médico que la gente prefiere: investigación cuali-cuantitativa acerca de la preferencia de la Medicina Centrada en el Paciente en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Arch. med. fam. gen.* 2008;5(1):12-17.

Usos y costumbres sobre hierbas medicinales en barrios periurbanos del sudeste de la ciudad de Salta, Argentina

Uses and customs on medicinal herbs in periurban neighborhoods of southeastern Salta City, Argentina

OLIVA, María Valeria

Médica especialista en Medicina Familiar. Magister en Medicina Biológica y Natural. Jefe de Centro de Salud N° 18. (Ministerio de Salud Pública de Salta, Argentina).

Contacto: Méd. Mg. Valeria Oliva (valeoliva77@yahoo.com.ar).

Fecha recibido: 10/03/2016
Fecha aceptado: 10/10/2016

RESUMEN

Desde la medicina oficial se desconoce y subestima el uso de otras formas de atención, por lo que este trabajo tiene como objetivos caracterizar el conocimiento sobre uso de hierbas medicinales en la zona sudeste de la ciudad de Salta; identificar cuáles se utilizan para tratar problemas de salud; y valorar su frecuencia de uso. Se realizó una investigación cuali-cuantitativa, entrevistando a informantes claves y grupos focales. Se confeccionaron listas de hierbas medicinales, y sus usos se categorizaron por problemas de salud. Se realizó una encuesta sobre frecuencia de usos medicinales. Se mencionaron 59 hierbas medicinales con una media de 2,3 usos por planta. Con un "Nivel de importancia Significativo" se encuentran quimpe, tusca, paico, coca, molle, ruda y hediondilla. El "coqueo" se encontró en 54% de las familias. El 52% utiliza alguna hierba para afecciones gastrointestinales, el 45% para problemas de la piel, el 40 % para afecciones respiratorias, el 33% para "empacho" y 17% para problemas renales, sin diferencias significativas en los usos por grupo etáreo. La población tiene amplio conocimiento sobre hierbas medicinales. La medicina formal debe legitimar estos conocimientos e incluirlos en su práctica.

PALABRAS CLAVES: Hierbas Medicinales; Fitoterapia; Etnobotánica; Fitomedicina; Etnofarmacología.

ABSTRACT

Traditional health professionals underestimate and fail to recognize the use of other forms of health care, therefore this research has the objective of characterizing knowledge about the use of medicinal herbs in the southeastern area of Salta city; to identify which herbs are used to treat health problems; and to assess its frequency of use. Qualitative and quantitative research was conducted by interviewing key informants and focus groups. Lists of medicinal herbs and uses were created and categorized by health problems. Finally, a closed survey on frequency of use was carried out. Fifty-nine herbs were mentioned with an average of 2.3 uses per plant. quimpe, tusca, paico, coca, molle, ruda and hediondilla were herbs marked as "with a Significant Level of Importance". The use of coca was found in 54% of the families interviewed. Fifty-two percent used some herb for gastrointestinal disorders, 45% for skin problems, 40% for respiratory conditions, 33% for indigestion and 17% for kidney problems, with no significant differences in uses according to age groups. Population has a good knowledge of medicinal herbs. Formal medicine should legitimize this knowledge and include it in its practice.

KEYWORDS: Medicinal Herbs; Phytotherapy; Ethnobotany; Fitomedicine; Ethnopharmacology.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento ecológico tradicional, en el que están incluidos los saberes populares sobre botánica, es único y propio de cada comunidad y se transforma según procesos adaptativos transmitiéndose de generación en generación (1). La frecuencia de uso de hierbas medicinales en usuarios del primer nivel de atención va desde 19,6 a 59,6% en estudios europeos (2,3) y de un 36,7 hasta 82% en investigaciones de países latinoamericanos como Argentina y Perú, respectivamente (4,5). El trabajo de Oblitas y cols. realizado en Perú (5), describe como usos más frecuentes el tratamiento de problemas digestivos (62%), urinarios (42%) y respiratorios (40%). En el mismo trabajo, el 75,5% reconoció que las hierbas medicinales pueden tener efectos adversos, aunque el 60,9% percibió a estos efectos como menores que los presentados por los medicamentos utilizados en la medicina occidental.

Desde la representación social las hierbas medicinales son concebidas como inocuas y libres de efectos adversos en contraposición con las drogas de síntesis de la medicina occidental (6). Además, en los últimos años ha surgido una creciente demanda de tratamientos con fitoterápicos en oposición a la medicina oficial, basados en las creencias de inocuidad y superioridad de los tratamientos convencionales (1).

OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar el conocimiento sobre el uso de hierbas medicinales en los barrios periurbanos de la zona oeste de la ciudad de Salta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las hierbas medicinales que se utilizan para tratar problemas de salud de la población y sus modos de uso.
- Valorar la frecuencia de uso de hierbas medicinales en la población según grupo etario y problema de salud.
- Describir usos medicinales en niños, embarazadas y mujeres durante el período de lactancia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuali-cuantitativa, entre los meses de Marzo y Octubre de 2013 en barrios del sudeste de Salta Capital, Argentina. Para la primera, se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada a informantes claves, grupos focales y observación participante, realizada a individuos que sean reconocidos en la comunidad por su conocimiento del tema. Se recabaron la información del nombre popular de la hierba medicinal utilizada, los usos medicinales, la parte de la planta utilizada y su forma de preparación. Los resultados se registraron con grabador digital. Las especies mencionadas se

recolectaron en el terreno junto a los informantes y luego se procedió a la herborización de las mismas, con la consiguiente identificación taxonómica por parte de la Cátedra de Botánica Sistemática de la Facultad de Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de Salta, de acuerdo al Protocolo del Herbario del Museo de Ciencias Naturales de la mencionada Universidad (7). Se determinó el Nivel de Uso General y el Nivel de Importancia de cada especie, siendo este significativo cuando sea informado por más del 40% de los informantes (8). Los usos medicinales fueron agrupados por categorías según problemas de salud.

Para la instancia cuantitativa, se realizó, en un segundo tiempo, un muestreo de tipo aleatorio simple de familias que vivían en el sector cubierto por Agentes Sanitarios. Se incluyó al 25% del sector en estudio (119 familias), sobre los cuales se llevó a cabo un trabajo descriptivo de corte transversal aleatorizado en la población adulta. Se elaboró una encuesta cerrada donde se ordenaron en 5 categorías los problemas de salud más frecuentemente mencionados por los informantes claves, y las hierbas que se nombraron para estos usos.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa EpiInfo Versión 3.5.4 (2012). En el mismo se describieron la frecuencia de uso por afección y la distribución por grupo étnico, y se calculó la asociación entre ambos mediante prueba de chi cuadrado de homogeneidad de proporciones.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para llevar adelante esta investigación, se solicitó aprobación de Comisión de Docencia e Investigación del Primer Nivel de Atención. A los participantes se realizó consentimiento informado por escrito, explicando los objetivos del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos obtenidos y su uso exclusivo a los fines de la investigación.

RESULTADOS

HIERBAS MEDICINALES, PARTES UTILIZADAS Y FORMAS DE PREPARACIÓN

Se realizaron 8 entrevistas a informantes claves (E), 1 grupo focal de adultos mayores (GF) y observación participante. Los resultados de las entrevistas fueron categorizados y la información agrupada a fin de facilitar su análisis.

El 100% de los entrevistados, así como todos los participantes del grupo focal, fueron mujeres mayores de 45 años, de las cuales ninguna refirió conocimientos formales en fitoterapia. Tres de ellas se desempeñan como personal de salud del Centro de Salud de la zona estudiada (2 enfermeras y 1 asistente dental), las cuales provienen de zonas rurales del interior de la provincia de Salta, pero que al momento de la entrevista se encontraban residiendo en el área en la

que se llevó a cabo el estudio. El resto eran miembros de la comunidad, de los cuales ninguna oficiaba de curandera ni de médico tradicional. En las entrevistas no se identificaron otros individuos que oficien como tales en el área de estudio.

Se mencionaron 59 especies utilizadas con fines medicinales. Se informan 138 usos medicinales, con una media de 2,3 usos medicinales por planta. Las que registran mayor cantidad de usos medicinales (>6) son el aloe (*Aloe vera*), la malva (*Malva silvestris*), el quimpe (*Lepidium didymum*), el llantén (*Plantago major*) y la hediondilla (*Cestrum parqui*).

Cada entrevistado aportó conocimiento sobre usos medicinales de una media de 24,5 plantas medicinales. Entre las que presentaron un Nivel de Importancia Significativo se encontraron el quimpe (*Lepidium didymum*), la tusca (*Acacia aroma*), el paico (*Chenopodium ambrosioides*), la coca (*Erythroxylum coca*), el molle (*Schinus sp.*), la ruda (*Ruta chapelensis*) y la hediondilla (*Cestrum parqui*). A partir de los datos encontrados se elaboraron 16 categorías de sus usos medicinales por problemas de salud, dos de ellas con subcategorías:

Tabla 1. Categorización de los usos medicinales por problemas de salud y las plantas utilizadas.

Categorías	Plantas
Afecciones gastrointestinales	Las flatulencias, denominadas por los entrevistados como “gases” o “hinchazón de panza”, indistintamente refirieron a meteorismo en adultos, niños y a cólicos del lactante. Se nombró al anís estrellado (<i>Illicium verum</i>) para evitar o tratar los mismos, incluso en lactante. Para la diarrea se nombró al paico (<i>Chenopodium ambrosioides</i>), la cáscara de granada (<i>Punica granatum</i>), la flor del duraznero (<i>Prunus persica</i>) y el quimpe (<i>Lepidium didymum</i>), todos en forma de infusión. Para el empacho –definido como materia fecal maloliente blanda, verdosa o pálidas, acompañada de inapetencia–, se nombró al paico (<i>Chenopodium ambrosioides</i>) y el poleo (<i>Lippia turbinata</i>).
Afecciones respiratorias	Para la tos, el catarro y la gripe se mencionaron a la borraja (<i>Borago officinalis</i>), el quimpe (<i>Lepidium didymum</i>), el molle (<i>Schinus areira</i>), el níspero (<i>Erythobotya japonica</i>), la cebolla (<i>Allium cepa</i>), el fruto del chañar (<i>Geoffroea decorticans</i>) y el eucalipto (<i>Eucalyptus globulus</i>), todos en infusión salvo el molle (<i>Schinus areira</i>) y el eucalipto los cuales se administran en forma de vapor.
Fiebre	Fueron mencionados el llantén (<i>Plantago major</i>), el aloe vera (<i>Aloe vera</i>), la hediondilla (<i>Cestrum parqui</i>), la tusca (<i>Acacia aroma</i>), hierbas catalogadas como frescas. Son usadas también en situaciones de insolación.
Problemas de piel	Se mencionaron el llantén (<i>Plantago major</i>), la malva (<i>Malva parviflora</i>), el quimpe (<i>Lepidium didymum</i>), la verbena (<i>Verbena officinalis</i>), el aloe vera (<i>Aloe vera</i>) y el palán-palán (<i>Nicotiana glauca</i>) como maduradores de forúnculos y para facilitar la expulsión de espinas. La hediondilla (<i>Cestrum parqui</i>) y la borraja (<i>Borago officinalis</i>) se utilizan para acelerar la erupción cutánea de enfermedades exantemáticas. Todas se utilizan en forma de infusión y de uso externo. El palán-palán se usa calentando la hoja junto a aceite y se aplica sobre la zona afectada. Para las heridas –mencionando por tal uso medicinal la cohibición de las hemorragias, facilitar una normal cicatrización y evitar infecciones–, se nombraron el aloe vera (<i>Aloe vera</i>), el diente de león (<i>Taraxacum officinale</i>), las hojas de coca (<i>Erythroxylum coca</i>), el quimpe (<i>Lepidium didymum</i>) y el llantén (<i>Plantago major</i>). Sólo al quimpe (<i>Lepidium didymum</i>) se lo nombró como beneficioso en forma de infusión tanto en su uso interno (<i>ingesta</i>) como para el externo. Como antiverrucoso se mencionaron la leche de higuera (<i>Ficus carica</i>), el diente de león (<i>Taraxacum officinale</i>) y la lecherona (<i>Euphorbia serpens var. serpens</i>). Para “canchas” o eccemátides se utiliza el fruto del pocoto (<i>Solarum palinacanthum</i>).
Problemas del corazón	Problema de salud poco definido en el que los entrevistados no pudieron especificar los síntomas asociados. Sin embargo se nombró el palo azul (<i>Haematoxylum campechianum</i>), el cedrón (<i>Aloysia citriodora</i>) y el llantén (<i>Plantago major</i>) porque “adelgazan la sangre”. Se confunden el corazón órgano funcional mecánico con el corazón asociado a lo emocional y afectivo: “el pétalo de rosa, las flores de azahar, la pasionaria, sirven para dormir, y relajarse, todo lo que sirve para dormir sirve también para el corazón” (E7).

Problemas renales	Los entrevistados referenciaron los problemas renales con un amplio espectro de síntomas, sin embargo se menciona como beneficioso el aumento de la diuresis. Se nombran el rompe piedra o chanca piedra, cola de caballo (<i>Equisetum sp.</i>), pelo de choclo (<i>Zea mays</i>), diente de león (<i>Taraxacum officinale</i>), Malva (<i>Malva parviflora</i>), pata de cabra (<i>Bahuinia forticata</i>). El chanca piedra usado semánticamente igual que el rompe piedra es atribuido a la planta identificada como <i>Euphorbia serpens</i> var. <i>serpens</i> , sin embargo no hay acuerdo entre los entrevistados. Para la cistitis –identificada como dolor o ardor al orinar, u “orinas fuertes”–, se mencionan para su tratamiento infusiones de Malva (<i>Malva parviflora</i>), hediondilla (<i>Cestrum parqui</i>) y ajo (<i>Allium sativa</i>).
Diabetes	Altamisa (<i>Partherinium hysteriophorus</i>), pata de cabra (<i>Bahuinia forticata</i>), la ruda (<i>Ruta chapelensis</i>). Se nombra como beneficioso para la diabetes el sabor amargo de la planta.
Dolores menstruales	Orégano (<i>Organum vulgare</i>), la manzanilla (<i>Matricaria chamomilla</i>), la ruda (<i>Ruta chapelensis</i>) y el perejil (<i>Carum petroselinum</i>).
Abortivos	La ruda (<i>Ruta chapelensis</i>), al ajeno (<i>Artemisa absinthium</i>) con alcohol, perejil (<i>Carum petroselinum</i>), jarilla (<i>Larrea divaricata</i>) y raíz de la caña hueca, no habiéndose podido identificar en esta última a que taxón se le atribuye este nombre popular.
Dolores osteomusculares	Se mencionaron el molle (<i>Schinus areira</i>), la jarilla (<i>Larrea divaricata</i>) y la uña de gato (<i>Uncaria tomentosa</i>).
Supuración y congestión de ojos	Manzanilla (<i>Matricaria chamomilla</i>), lavanda (<i>Lavandula officinalis</i>), rosa colorada (<i>Rosa gálica</i>), hierba de Santa Lucía (<i>Commelina erecta</i>), hediondilla (<i>Cestrum parqui</i>) y quimpe (<i>Lepidium didymum</i>).
Parasitosis	Semillas de zapallo, el ajo (<i>Allium sativum</i>).
Dolor de oídos	Ruda (<i>Ruta chapelensis</i>).
Tranquilizante y conciliador el sueño	Pétalos de rosa, flor de azahar (de cualquier cítrico), flor de la pasionaria, hojas de mandarina (<i>Citrus reticulata</i>).
Estimulante, disminuye el sueño y el apetito:	Coca (<i>Erythroxylum coca</i>).
Usos mágicos o sobrenaturales	Ruda (<i>Ruta chapelensis</i>), el molle (<i>Schinus areira</i>). La ruda (<i>Ruta chapelensis</i>) es identificada como planta protectora. El molle (<i>Schinus areira</i>) se utiliza para “proteger al bebé” y que “crezca sanito”.

USOS MEDICINALES EN NIÑOS, EMBARAZADAS Y MADRES QUE AMAMANTAN

Los entrevistados (E1, E2, E7) refieren que se debe tener cuidado con el uso de plantas medicinales en niños. Reconocen que no se debe usar paico (*Chenopodium ambrosioides*), anís estrellado (*Illicium verum*), sin embargo otros tipos de preparados se pueden utilizar siempre que sean infusiones y no de decocciones (E3), identificando como esta última preparación lo que torna peligrosa a la hierba medicinal. Otros entrevistados manifiestan miedo y desconocimiento sobre el uso en niños (E3), algunos resaltan la inocuidad de las hierbas avaladas por la experiencia pasada (GF).

En cuanto a las embarazadas y las mujeres lactando, E1, E2 y E7 refieren no tener conocimiento sobre los mismos, mientras que E3, E4, E5, E6 y GF refieren que los usos son “iguales que en cualquier otra persona”.

FRECUENCIA DE USO

Las categorías que se seleccionaron para investigar frecuencia de uso fueron las siguientes: Afecciones gastrointestinales, Afecciones respiratorias, Empacho, Problemas de piel, Hábito de coqueo (ver Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de uso de hierbas medicinales según categoría de afección.

	Si (IC 95%)	No (IC 95%)
Afecciones gastrointestinales (n=119)	51,7% (41,8-60,7)	48,3% (39,3-58,2)
Afecciones respiratorias (n=119)	40,2% (31,2-49,6)	58,8% (50,4-68,8)
Problemas en la piel (n=119)	45,2% (28,1-55,9)	54,8% (44,1-71,9)
Empacho (n= 119)	33,6% (18,2-43,1)	66,4% (50,2-71,5)
Problemas renales (n=119)	16,9% (10,7-25,0)	83,1% (75,0-89,3)
Hábito de coqueo (n=117)	53,8% (44,4-63,1)	46,2% (36,9-55,6)

La frecuencia de uso por grupo etéreo y su asociación se muestran en la Tabla 3. Se encontraron diferencias por uso ($p=0,01$), lo cual corresponde a la utilización significativamente menor de hierbas medicinales para problemas renales, sin diferencias por edad.

Tabla 3. Distribución de usos de hierbas medicinales según edad del entrevistado (n=119).

Categoría	Hasta 30 años (n= 31)	31 a 49 (n=53)	Mayor a 50 (n= 35)	p
Afecciones gastrointestinales	19 (61,2%)	20 (37,7%)	19 (54,3%)	0,08
Problemas de la piel	17 (54,8%)	22 (41,5%)	18 (51,4%)	0,44
Afecciones respiratorias	10 (32,2%)	22 (41,5%)	15 (42,8%)	0,62
Problemas renales	2 (4,4%)	11 (20,7%)	7 (20,0%)	0,19

DISCUSIÓN

El hecho de que las entrevistadas hayan sido mujeres está relacionado al rol de la mujer. Es la mujer, la poseedora de los saberes sobre enfermedad y curación heredados de sus padres y abuelos, los cuales complementados con las experiencias del mismo grupo generacional y la experiencia como pacientes de los sistemas formales de salud, genera una práctica híbrida de la medicina popular (9). Es ella la encargada de preparar y administrar los tratamientos y transmitir los conocimientos a las siguientes generaciones (10).

En cuanto a las hierbas utilizadas entre las que presentan un "Nivel de Importancia Significativo" (mayor al 40%) se encuentra el quimpe (*Lepidium didymum*) y la tusca (*Acacia aroma*), lo cual coincide con las investigaciones realizadas en el norte de la provincia de Salta (11), y al oeste en la Quebrada del Toro y Las Cuevas (12). El palán-palán (*Nicotiana glauca*), la hediondilla o duraznillo (*Cestrum parqui*), el llantén (*Plantago major*), y la tusca (*Acacia aroma*) se nombran con similares usos dermatológicos a los mencionados en estudios realizados en Argentina en el Valle de Calamuchita, provincia de Córdoba (13), y en la región cuyana (10).

Con investigaciones realizadas en el centro del país en la zona pampena cuyana, se comparten las costumbres de uso de cedrón (*Aloysia citriodora*), poleo (*Lippia turbinata*), llantén (*Plantago major*), burro (*Aloysia polysachya*), ruda (*Ruta chapelensis*),

maíz (*Zea mays*), la granada (*Punica granatum*), la jarilla (*Larrea divaricata*), la borraja (*Borago officinalis*), el ajeno (*Artemisa absinthium*), paico (*Chenopodium ambrosioides*), manzanilla (*Matricaria chamomilla*), orégano (*Origanum vulgare*), la cebolla (*Allium cepa*), y altamisa (*Partenium hysterophorus*) (14). Sin embargo sobre esta última, no se mencionan usos como antidiabético o hipotensor que sí se mencionan en esta investigación.

De las hierbas mencionadas, el 77% se encuentran en el lugar donde se realizó el trabajo de campo. La identificación en campo coincide con la aportada con la cátedra de Botánica Sistemática, salvo en el caso de la planta que algunos denominan "chanca piedra" o "rompepiedra" y que corresponde a *Euphorbia serpens* var. *serpens*, la cual es conocida en otras regiones como "Yerba meona" (15), por sus propiedades diuréticas. Se podría entender que la denominación "rompe piedra" o "chanca piedra" tiene que ver más con el uso medicinal de una serie de plantas que con la identificación de una especie en particular.

La alta disponibilidad de plantas en el lugar y su correcta identificación, habla de un buen conocimiento en general de las especies de la zona, las cuales se recolectan al momento que son requeridas y usadas en su forma fresca.

En aquellas plantas cuyo uso es también alimenticio, se accede principalmente a las mismas a través de mercados, almacenes y verdulerías, y en menor

proporción en herboristerías (manzanilla, anís, cola de caballo, rompe piedra, carqueja, sombra de toro, jarilla). La hoja de coca, de popular uso entre los habitantes salteños, se dispone en almacenes, quiscos y mercados de la zona.

Se destaca en el discurso la identificación de las especies como “hembra” o “macho”, asociando las hierbas “hembras” como aquellas que son pequeñas, blandas y con frutos, y las “macho” aquellas que son más grandes, más altas, rígidas, sin frutos y con espinas, propias de la etnoclasificación andina (16). Es probable que esta relación pueda deberse al espíritu de la planta y la asociación estereotípica del hombre y la mujer.

La clasificación de hierbas frías o frescas y calientes o cálidas, en oposición a la característica de la enfermedad, es mencionada por varios de los entrevistados: “la malva es fresca, por eso se usa cuando uno tiene ardor al orinar, refresca” (E3). El principio de la oposición hipocrática se extiende a otras características de las enfermedades (10), incluso desde la representación que la enfermedad genera a nivel social o individual: “la altamisa (*Parthenium hysterophorus*) es buena para la diabetes porque es amarga” (E3), entendiéndose a la diabetes una enfermedad “dulce” por el aumento de la azúcar. Esto coincide con otras investigaciones de otras provincias o regiones argentinas (10,13,17), que corresponden a resabios de la medicina europea del siglo XVI y XVII, los cuales perduran hasta nuestros tiempos en la concepción de enfermedad y el tratamiento de las mismas (18).

En cuanto a la frecuencia de uso y la edad de los encuestados, se observa que, al contrario de lo que puede suponerse, la prevalencia de uso de las mismas se mantiene en valores similares para todas las edades. En esta investigación el consumo de coca en forma de coqueo o “acullico” (19), común en las provincias del Noroeste —en especial Salta y Jujuy— (20), se presentó como el consumo de mayor frecuencia: un 53,8% de los hogares encuestados cuenta con algún miembro de la familia que utiliza hojas de coca en forma de coqueo. De éstos, el 66% refirió hacerlo “siempre” o “casi siempre”, y el 24% “alguna vez”, lo cual implica un alto consumo de esta hoja. No se conocen hasta el momento investigaciones que detallen la prevalencia de su consumo en la población general en las provincias del noroeste argentino, siendo éste un hallazgo original del presente trabajo.

En orden decreciente, se observa a continuación la frecuencia del consumo por afecciones gastrointestinales (51,7%), definidos por los entrevistados como dolor en alguna región del abdomen, acompañado o no de náuseas y/o vómitos, y/o dolores de cabeza, que según la medicina popular estos se producen cuando

se transgreden normas de alimentación (causa endógena) o por enfriamiento (causa exógena) (18). Para este problema se utilizan 16 de las 59 hierbas mencionadas, siendo el problema que mayor variedad de plantas utiliza. Dentro de esta categoría se encontraría la subcategoría “Empacho”, reconocido como entidad propia por todos los entrevistados, cuyo término no existe desde la medicina oficial. Este puede ser traducido como “indigestión”, “trastorno de la motilidad gástrica”, “dispepsia”, y sobre el cual existen referencias sobre su uso en todos los países de Iberoamérica (22). Dentro de las plantas nombradas el paico (*Chenopodium ambrosoides*), el cedrón (*Aloysia citriodora*) y el poleo (*Lippia turbinata*), se puede observar un descenso en el consumo del primero, lo cual puede ser resultado de la presión ejercida por la medicina oficial para erradicar el uso de paico por los casos de muerte por exotoxicosis en niños en los últimos años (23,24).

Para los problemas de piel, 45,2% de la población refiere que utiliza alguna hierba, de las cuales la de mayor uso es el aloe vera (*Aloe vera*), seguido por la tusca (*Acacia aroma*), el quimpe (*Lepidium didymum*) y el palán-palán (*Nicotiana glauca*). Estas últimas son especies americanas de crecimiento silvestre que carecen de investigaciones clínicas, aunque cuentan con algunas investigaciones preclínicas donde se ha observado un poder antimicrobiano modesto (25). El aloe vera posee algunas investigaciones clínicas (26-29), pero los resultados no son concluyentes (30).

El 40,2% de la población refiere utilizar hierbas o plantas medicinales para problemas respiratorios, con una variabilidad del 32,2% en jóvenes (menores de 30), hasta 41,5 y 42% en los individuos de 31 a 49 y 50 o más años, respectivamente. En cuanto a los problemas renales, 16,9% de los encuestados refieren utilizar hierbas medicinales para tratar estas afecciones, las cuales son más frecuentes en los grupos de mayor edad. Las hierbas mencionadas con mayor frecuencia son cola de caballo (*Equisetum sp.*) y el pelo de choclo (*Zea mays*), siendo el primero nombrado por otras investigaciones en la zona oeste de Salta (12), y el segundo por investigaciones en hierbas diuréticas en Cuba (33). El chanca piedra, cuya identificación por la población entrevistada no tuvo coincidencias entre ellos, coincide con otras investigaciones donde la denominación se atribuye a diferentes taxones, vendiéndose en mercados y herboristerías en forma indistinta (34).

CONCLUSIONES

Con respecto a los objetivos planteados se han podido identificar las hierbas utilizadas por la población en estudio, su modo de empleo y sus usos medicinales. Se verifica que existe en la población un amplio conocimiento sobre plantas medicinales,

y que sus usos se ven limitados a los problemas de salud más frecuentes, quedando excluidos otros que se mencionan en la bibliografía, lo cual coincide con investigaciones realizadas en regiones más distantes de la Argentina. No existen mayores problemas con la identificación de las plantas en su medio silvestre, ya sea de especies autóctonas o introducidas. La urbanización no ha generado dificultades para la preservación de las especies, pero pueden haberse perdido conocimientos sobre plantas y usos de las que ya no se dispone en la región.

A pesar de la facilidad de acceso a la medicina oficial, los pobladores de los barrios estudiados utilizan con alta frecuencia hierbas medicinales, pudiendo existir una preferencia a la utilización de los recursos naturales por la disponibilidad de acceso y el conocimiento que de ellos se ha heredado. Salvo casos especiales con determinadas plantas (*Chenopodium ambrosioides* y *Illicium verum*), se verificó escaso conocimiento sobre el uso de las hierbas en niños, embarazadas y mujeres que amamantan.

Existe una disociación entre el “saber” y el “hacer”, hecho probablemente relacionado a esta concepción de “práctica ilegítima” que la medicina oficial impuso como representación social de las medicinas populares, por lo que queda relegada o escondida en las familias y las barriadas, lejos de las miradas inquisidoras de los equipos de salud. Por esto se puede suponer que la frecuencia de uso puede haber sido mayor a la obtenida en esta investigación.

Sería necesario encontrar un punto de articulación entre ambas medicinas, reconociendo las limitaciones y potencialidades de cada una –sumando y enriqueciendo los saberes de las partes– a fin de beneficiar la salud de los individuos y las comunidades con servicios de óptima calidad, entendiendo a los mismos no sólo desde las condiciones apropiadas de funcionamiento resolutivo, sino también desde el óptimo entendimiento entre los actores involucrados en el acto de curar o aliviar.

REFERENCIAS

1. Pochettino ML, Arenas P, Sánchez D, Correa R. Conocimiento botánico tradicional, circulación comercial y consumo de plantas medicinales en un área urbana de Argentina. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas* [Internet]. 2008 [citado 10 de Mayo de 2013];7(3):141-148. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85670304>.
2. Tres JC. Interacción entre fármacos y plantas medicinales. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2006 Ago [citado 10 de Mayo de 2013];29(2):233-252. Disponible en: http://scielo.isci.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300007&lng=es.
3. Baulies Romero MG, Torres Castella RM, Martín Lopez A, Roig García AM, Royo Gomez I, Orfila Pernas F. Hábitos de consumo de plantas medicinales en un Centro de Salud de Barcelona. *Revista de Fitoterapia* [Internet]. 2011 [citado 25 de Abril de 2013];11(1):45-51. Disponible en: <http://www.fitoterapia.net/revista/pdf/RDF%2011.1-Fitoterapia-CS-Barcelona.pdf>.
4. Franco JA, Pecci C. La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2003 [citado 10 de Mayo de 2013];63(2):111-118. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000200003&lng=es.
5. Oblitas G, Hernández-Córdova G, Chiclla A, Antich-Barrientos M, Ccorihumán-Cusitito L, Romaní F. Empleo de plantas medicinales en usuarios de dos hospitales referenciales del Cusco, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 6 de Mayo de 2013];30(1):64-68. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100013&lang=pt.
6. Da Silva Lima SC, et al. Representaciones y usos de las plantas medicinales en mayores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [citado 10 de Mayo de 2013];20(4):9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/es_19.pdf.
7. Novara LJ. Instrucciones para realizar herbarios. En: Novara LJ. *Guías Ilustradas de clases*. 1ra ed. Salta: Ser didáctica; 2009. pp 1-20.
8. Fonnegra Gómez R, Villa Londoño J. Plantas Medicinales en algunas veredas de Municipios del Altiplano del oriente Antioqueño, Colombia. *Actual Biol* [Internet]. 2011 [citado 22 de Mayo de 2013];33(95):219-250. Disponible en: <http://docencia.udea.edu.co/revistas/index.php/dpp/article/view/40/30.9>.
9. Jorand B. Formas de transformación del conocimiento de la medicina tradicional en los pueblos nahuas del municipio de Hueyapan, Sierra Norte de Puebla. *Cuicuilco* [Internet]. 2008 [citado 12 de Mayo de 2013];15(44):181-196. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592008000300009.
10. Montani MC. Uso medicinal de plantas entre descendientes huarpes en la comunidad de Lagunas del Rosario (Mendoza, Argentina). En: Arenas Pastor (ed.). *Etnobotánica en zonas áridas y semiáridas del Cono Sur de Sudamérica*.

- Buenos Aires: CEFYBO-CONICET; 2012. 270 p.
11. Hilgert NI, Gil GE. Los Cambios de uso del ambiente y la medicina herbolaria. Estudio de casos en Yungas argentinas. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas* [Internet]. 2008 [citado 20 de Abril de 2013];7(3):130-140. Disponible en: <http://www.ib.unam.mx/gela/inmemoriama.pdf#page=8>.
 12. Zapater MA. La flora medicinal nativa y sus posibilidades de uso como una alternativa de producción para el desarrollo en las Quebradas del Toro y las Cuevas – Provincia de Salta, Argentina [tesis de maestría]. Universidad Nacional de Salta, Salta, Argentina; 2002.
 13. Martínez G. Farmacopea natural y tratamiento de afecciones de la piel en la medicina tradicional de los campesinos de las sierras de Córdoba (República Argentina). *Dominguezia* [Internet]. 2008 [citado 5 de Mayo de 2013];24(1):27-46. Disponible en: <http://www.dominguezia.org.ar/volumen/articulos/2413.pdf>.
 14. Muiño WA. La etnobotánica médica del área de transición del área pampeano cuyana. *Bonplandia* [Internet]. 2011 [citado 2 de Mayo de 2013];22(2):84-89. Disponible en: http://ibone.unne.edu.ar/bonplandia/public/20_2/14_muinio.pdf.
 15. Luján MC, Barboza GE. Contribution to the study of some Argentinian medicinal plants and commercial quality control. En: *II WOCMAP Congress Medicinal and Aromatic Plants, Part 4: Industrial Processing, Standards & Regulations, Quality, Marketing*, 503:1997 (pp. 141-154).
 16. Romo M, Castro V, Villagrán C, Latorre C. La transición entre las tradiciones de los oasis del desierto y de las quebradas altas del LOA superior: etnobotánica del Valle del Río Grande, 2° Región, Chile. *Chungará (Arica)* [Internet]. 1999 [citado 14 de Marzo de 2013];31(2):319-360. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73561999000100006.
 17. Azar P. Utilización de vegetales en el norte neuquino: Un enfoque etnobotánico de la flora de Colo MichiCó, Provincia del Neuquén [Internet]. 2004. Disponible en: www.centroetnosalud.com/trabajos-presentados.html
 18. Idoyaga Molina A, Sarudiansky M. Medicinas tradicionales en el Noroeste Argentino: Reflexiones sobre tradiciones académicas, saberes populares, terapias rituales y fragmentos de creencias indígenas. *Argumentos (Méx.)* [Internet]. 2011 [citado 10 de Mayo de 2013];24(66):315-335. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952011000200012&lng=es&tlng=es.
 19. De la Riva PJV. Plantas medicinales en los andes de Bolivia. *Botánica Económica de los Andes Centrales* [Internet]. 2006 [citado 12 de Mayo de 2013];268-284. Disponible en: <http://beisa.dk/Publications/BEISA%20Book%20pdf/Capitulo%2017.pdf>.
 20. Igaki A. Desde Ambrosetti hasta Rabey, sobre la coca y el coqueo en la Argentina. *Andes* [Internet]. 2010 [citado 4 de Mayo de 2013];21(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12721040006>.
 21. Mulet Pérez AM, Pullés Labadie MM, Gámez Escalona MM, Mulet Gámez AM, González Ferrer J, Díaz Santos O. Percepción popular y profesional del significado del vocablo “empacho”. *ACIMED* [Internet]. 2008 [citado 14 de Mayo 2013];17(6). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v17n6/aci06608.pdf>.
 22. Campos Navarro R. El empacho en Cuba: Aproximación histórica documental desde 1821 hasta 2009. *Cuicuilco* [Internet]. 2009 [citado 10 de Mayo de 2013];16(46):71-96. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-6592009000200005&script=sci_arttext.
 23. Consuelo de Rovetto MD, Concha S. Niños intoxicados en la unidad de cuidados intensivos: riesgos de la medicina popular, complicaciones y costo. *Colombia Médica* [Internet]. 2009 [citado 14 de Mayo de 2013];40(3):276-81. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v40n3/v40n3a4.pdf>.
 24. Vázquez Laba V. La vulnerabilidad social de los/as asalariados/as cítricos y sus familias en la provincia de Tucumán. *Laboratorio on line. Revista de Estudios sobre Cambio Social* [Internet]. 2004 [citado 27 de Abril de 2013];5(14):14. Disponible en: http://www.laboratorio.sociales.uba.ar/textos/14_3.htm.
 25. Zampini IC, Cudmani N, Isla M. Actividad antimicrobiana de plantas medicinales argentinas sobre bacterias antibiótico-resistentes. *Acta bioquím. clín. latinoam.* [Internet]. 2007 [citado 17 de Mayo de 2013];41(3): 385-393. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572007000300013&lng=es.
 26. Hamman J. Composition and Applications of Aloe Vera leaf Gel. *Molecules* [Internet]. 2008 [citado 3 de Mayo de 2013];13(8):1599-1616. Disponible en: <http://www.mdpi.com/1420-3049/13/8/1599>.

27. Maenthaisong R, Chaiyakunapruk N, Niruntraporn S, Kongkaew C. The efficacy of aloe vera used for burn wound healing: a systematic review. *Burns* [Internet]. 2007 [citado 13 de Marzo de 2013];33(6):713-718. Disponible en: http://www.pha.nu.ac.th/nathorn/articles_PDF/13%20%20Aloe.pdf.
28. Ngo MQ, Nguyen NN, Shah SA. Oral aloe vera for treatment of diabetes mellitus and dyslipidemia. *Am J Health Syst Pharm* [Internet]. 2010 Nov [citado 15 de Abril de 2013];67(21):1804, 1806, 1808 passim. doi: 10.2146/ajhp100182.
29. Eshghi F1, Hosseinimehr SJ, Rahmani N, Khademloo M, Norozi MS, Hojati O. Effects of Aloe vera cream on posthemorrhoidectomy pain and wound healing: results of a randomized, blind, placebo-control study. *J Altern Complement Med* [Internet]. 2010 Jun [citado 12 de Marzo de 2013];16(6):647-50. doi: 10.1089/acm.2009.0428.
30. Versión para el Consumidor de la Base Exhaustiva de Datos de Medicamentos Naturales [Internet]. 2011 [citado 13 de Marzo de 2013]. Disponible en: <https://naturalmedicines.therapeuticresearch.com/databases/food,-herbs-supplements.aspx>.
31. Flores Hernández S, Trejo y Pérez JA, Reyes Morales H, Pérez Cuevas R, Guiscafré Gallardo H. Guías clínicas para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas. *RevMed* [Internet]. 2003 [citado 14 de Mayo de 2013];41(Supl):3-14. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050998/flores.pdf>.
32. Ministerio de Salud de la Nación. Infecciones Prevalentes en el Primer Nivel de Atención: Infecciones Respiratorias. Parte 1: Terapéutica Racional en el PNA. 1ra ed. Buenos Aires: Programa REMEDIAR+REDES; 2011.
33. Pérez Machín M, Sueiro Oyarzun M, Boffill Cárdenas M, Morón Rodríguez F, Marrero Faz, E, Rodríguez Rivas M, et al. Estudio etnobotánico de las plantas más utilizadas como diuréticas en la Provincia de Villa Clara, Cuba. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas* [Internet]. 2011 [citado 5 de Enero de 2012];10(1): 46-55. Disponible en: <http://www.journals.usach.cl/ojs/index.php/blacpma/article/view/44>.
34. Morais A, Matsuura H, Machado C, Ritter M. Especies medicinales comercializadas como "Rompe piedras" en Porto Alegre, Río Grande del Sur, Brasil. *Rev. bras. farmacogn.* [Internet]. 2009 [citado 14 de Mayo de 2013];19(2a):471-477. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2009000300022>.

La autoatención y el enfoque relacional

Self-care and the relational approach

AGUIRRE, José Luis

Psicólogo. Instituto Universitario del Gran Rosario (Rosario, Argentina).

Contacto: Mg. Lic. José Luis Aguirre (jlaguirre65@gmail.com).

Fecha recibido: 08/03/2015

Fecha aceptado: 21/06/2016

RESUMEN

El artículo caracteriza y reflexiona sobre el modelo de autoatención y su relación con los otros modelos médicos. A partir de la obra de Eduardo Luis Menéndez, presenta el desarrollo problemático de las concepciones de actor, estructura social y sujeto con sus respectivas relaciones, y expone los rasgos más importantes del enfoque relacional como metodología de abordaje de lo que se denomina antropología médica. Desde la perspectiva antropológica de dicho autor existen saberes, formas de atención y prevención de los sufrimientos físicos y mentales que no adscriben al modelo biomédico y que, sin embargo, son utilizados con mucha frecuencia por las poblaciones a los fines de prevenir, aliviar y/o curar los mismos. Reconocer esta diversidad es, rescatar y hacer visible una modalidad de abordaje del sufrimiento, que amalgama diferentes formas de atención biomédicas y alternativas a las que se denomina "autoatención", que son frecuentemente negadas por la medicina científica, y que se constituyen como el primer nivel de atención. Se propone el enfoque relacional como una metodología adecuada para el abordaje de la autoatención, por su capacidad de develar las perspectivas de los sujetos acerca de dichas prácticas.

PALABRAS CLAVE: Autoatención; Enfoque relacional; Modelos médicos.

ABSTRACT

The article characterizes and reflects on the model of self-care and its relationship with other medical models. Based on the work of Eduardo Luis Menéndez, it presents the problematic development of the concepts of actor, social structure and subject with their respective relationships, and exposes the most important features of the relational approach as a methodology for approaching what is called medical anthropology. From the anthropological perspective of this author there are knowledge, forms of care and prevention of physical and mental suffering that do not attach to the biomedical model and which, however, are very frequently used by populations in order to prevent, alleviate and/or cure them. To recognize this diversity is to rescue and make visible a way of approaching suffering, which amalgamates different forms of biomedical care and alternatives to what is called "self-care", which are frequently denied by scientific medicine, and which constitute the first level of care. The relational approach is proposed as an adequate methodology for the approach of self-care, given its ability to reveal the perspectives of subjects about such practices.

KEYWORDS: Self-care; Relational approach, Medical models.

LA AUTOATENCIÓN COMO MODELO DE ATENCIÓN

A partir de un trabajo de investigación para una tesis de Doctorado (1), nos ha interesado indagar sobre las maneras particulares que implementa una población de mujeres, para llevar adelante estrategias de autoatención para sí mismas y para el grupo familiar al que pertenecen. Los objetivos de esta estrategia son los de prevenir, diagnosticar, tratar y/o evitar el sufrimiento mental, cualquiera sea su fuente. Estos sufrimientos, se producen por problemáticas que se expresan en la dinámica relacional con su comunidad, pueden ser de índole física (enfermedades infecto contagiosas, crónicas degenerativas), psíquicas (situaciones traumáticas, duelos, tristeza, depresión, angustias, adicciones, conflictos amorosos) o espiritual (expectativas o interrogantes sobre la vida y la muerte, sobre la trascendencia individual, sobre la distancia entre la realidad del sujeto y lo que espera la sociedad de él). En el trabajo antes mencionado, las principales preguntas son tres, a saber:

1. ¿Cuáles son los conocimientos o saberes populares, tradiciones culturales, conocimientos del campo biomédico, en relación a las representaciones y prácticas acerca de las maneras de enfermar y curar de estas poblaciones?
2. ¿Cuáles son las prácticas de autoatención para los padecimientos mentales que tiene esta población?
3. ¿Cuáles son las modalidades de autoatención más utilizadas?

Partimos de reconocer que todas las modalidades que utilizan las poblaciones para aliviar el sufrimiento deberían ser tenidas en cuenta por los servicios y sistemas de salud para una comprensión más real y cercana de los problemas de salud y de los modos de vida de las personas. Ayudaría, además, como articuladoras de estrategias más variadas y eficaces para un abordaje más integral del Proceso de Salud-Enfermedad-Atención (PSEA).

La forma en que una comunidad atiende su sufrimiento dice de la manera en que vive, se reproduce, proyecta y muere, dice cuál es su devenir histórico y las marcas que la constituyen, habla del tiempo y el espacio social que habita. Estas estrategias, en la práctica, se constituyen como el primer nivel de atención, aunque el sistema de salud no lo considere así (2).

SOBRE LA AUTOATENCIÓN COMO ARTICULADORA DE LOS DEMÁS MODELOS MÉDICOS

En el trabajo mencionado trabajamos con un grupo de mujeres migrantes del campo a la ciudad, donde indagamos las estrategias de autoatención utilizadas para paliar el sufrimiento psíquico. En la bibliografía

encontramos información que vincula, entre otros, los problemas de salud mental, el parto y puerperio (3-16).

Eduardo Menéndez plantea que existen diversas formas de atención de los padecimientos más allá de los establecidos e institucionalizados por la biomedicina, que los grupos poblacionales utilizan para detectar, diagnosticar, tratar y rehabilitarse de los sufrimientos ocasionados por el desgaste que produce el sistema de producción y reproducción social (17). Estas formas de atención de la enfermedad están determinadas por las condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas de dicha población y crean modalidades en general antagónicas con la atención biomédica. Se plantea de esta manera un "pluralismo médico" por parte de la población, aún contra la resistencia de los diferentes curadores profesionales o no que pretenden detentar una cierta hegemonía sobre las demás modalidades de atención.

Existen para el autor tres factores que condicionan este fenómeno, a saber:

- La expansión formidable y global de las tecnologías de la industria química farmacológica.
- Las migraciones nacionales e internacionales.
- La globalización de los medios masivos de comunicación.

Estos factores posibilitan que ante la aparición del sufrimiento los sujetos y los grupos tengan a disposición una serie de modos o formas de atención que podríamos referir de la siguiente manera:

- Atención biomédica.
- Atención de tipo popular y tradicional (curanderos, brujos, curas sanadores, etc.).
- Atención alternativa o new age. Atención que proviene de otras tradiciones culturales (ayurvédicas, acupuntura, reiki).
- Atención centrada en la autoayuda (Alcohólicos Anónimos, grupos de diabéticos, discapacidades mentales, etc.).
- Autoatención.

Ahora bien, estas formas tienen una utilización diferencial en el nivel profesional y el poblacional. Entre los profesionales aparecen tensionadas por la lucha en pos de una hegemonía, principalmente desde la biomedicina. Si existe alguna utilización de otras formas de atención, la biomedicina las incorpora en una situación subalterna de complemento o suplemento de su praxis.

En cambio, en el nivel de la población, grupos y sujetos, la utilización está articulada en forma más horizontal y tolerante ya que busca la resolución eficaz del sufrimiento, más allá de qué modalidad de atención

se utiliza. En este nivel la utilización es más dinámica y articulada entre los diferentes saberes y prácticas, que en el nivel profesional. Esta diferenciación en la utilización esta dado principalmente por los diferentes objetivos que buscan ambos: la corporación médica, expandir el proceso de medicalización en la sociedad en pos de mercantilizar todas sus actividades y la población en aliviar su sufrimiento.

En el campo de los curadores que no pertenecen a la biomedicina, se observa la utilización de prácticas y elementos de esta, por ejemplo, medicamentos. Esto se debe a la búsqueda de una mayor eficacia en la tarea curativa por un lado y por otro a la disposición de la información biomédica que realizaron los programas de atención primaria de la salud en sectores sociales más vulnerabilizados de la sociedad.

En síntesis, la biomedicina y las otras formas de atención enumeradas pretenden una legitimación social exclusiva de sus saberes y prácticas excluyendo a las demás formas, pretenden una hegemonía en la capacidad de resolver los problemas de salud. La población, grupos y sujetos utilizan de manera compleja, articulada y dinámica todas las formas de atención que puedan solucionar eficazmente su sufrimiento.

Esto último se constituye en un aspecto central, esto es la producción de síntesis, articulación y entramado de diferentes formas de atención que se convierten en una modalidad de autoatención.

RASGOS DE LA AUTOATENCIÓN

La autoatención es la forma más frecuente y constante de atención entre la población y es el principal articulador práctico de las diferentes formas de atención. Menéndez la conceptualiza como:

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. De esta manera, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. En definitiva, la autoatención se refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto a sus padecimientos, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que, en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos, conduce a que una parte de dicho proceso

de prescripción y uso se independice, cuando menos en términos de autonomía relativa (18).

La autoatención puede ser considerada en dos niveles a saber:

- Una está relacionada a la reproducción biosocial de los grupos y los sujetos a escalas más familiares en el devenir de la vida cotidiana en el marco de las determinaciones impuestas por las costumbres y tradiciones del medio sociocultural donde habitan esos grupos. En este nivel se incluyen todas las actividades de mantenimiento y reproducción de la vida cotidiana: alimentación, obtención y adecuación del agua para el consumo, aseo, esparcimiento, cuidados del medio ambiente cercano y del propio cuerpo, preparación de los rituales de cuidados de los enfermos crónicos, terminales y de la misma muerte, de los duelos por las pérdidas y de la recuperación y rehabilitación de las capacidades, funciones y lazos sociales perdidos. Es un nivel predominantemente grupal donde están incluidos los grupos familiares, escolares, de trabajo, de diversión, amistad, religiosos, etc.
- El otro nivel contiene una definición restringida y acotada a las representaciones y prácticas que se hacen intervenir intencionalmente en el PSEA. Cabe aclarar que entre ambos niveles no está clara la delimitación. Nos interesa este segundo nivel para analizar, teniendo presente que el primer nivel no es ajeno y que produce marcos de conductas, pautas y determinaciones en las acciones de autoatención en el sentido restringido.

COMPONENTES DE LA AUTOATENCIÓN

Queremos indicar que una actividad muy frecuente en el marco de la autoatención, es la automedicación, a la cual la consideramos parte de la misma y advertimos de no confundirla con ella. Son todas aquellas actividades que se relacionan con la administración hacia sí mismo o hacia otros de sustancias químicas naturales o industrializadas, legales o no, sin la intervención profesional de los curadores biomédicos, alternativos, tradicionales y otros y que buscan aliviar, atenuar o eliminar el sufrimiento o producir estados de placer, concentración mental, mayor rendimiento físico o éxtasis emocional o espiritual.

Otro concepto implicado en la autoatención, es el de autocuidado. Este se refiere a aquellas actividades que se llevan a cabo a partir de indicaciones de los curadores, para evitar y prevenir enfermedades y para promover situaciones de salud más alejadas de la enfermedad.

Por ello se plantea que la automedicación y el autocuidado están incluidos dentro del concepto integrador y amplio de autoatención. La autoatención es un proceso estructural, constante y en permanente cambio:

El carácter estructural de la autoatención deviene de algunos hechos básicos, e implica que aquélla se constituye como un proceso necesario en toda cultura a través de las acciones de los pequeños grupos para contribuir a asegurar el proceso de reproducción biosocial. Todo pequeño grupo, en particular el grupo doméstico, se caracteriza por la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedades, padecimientos, daños y/o problemas que afectan a la salud de uno más miembros de dichos microgrupos. La mayoría de estos episodios son leves, agudos y transitorios, y pueden hallar solución o por lo menos alivio mediante las acciones de los miembros del grupo. Junto a estos padecimientos siempre han existido enfermedades crónicas que, para que no se traduzcan en muerte prematura, requieren que el sujeto y su microgrupos se constituyan en partes activas del proceso de atención, dado que, sobre todo para algunos padecimientos, la autoatención resulta decisiva para la supervivencia y/o la calidad de vida del sujeto enfermo (18).

El carácter central de la autoatención en los grupos y sujetos está dado por la frecuencia de las enfermedades y padecimientos que deben soportar durante el transcurso de su vida. A esto debemos agregarle la exigencia social a cumplir determinados estándares estéticos y de estilos de vida que son interiorizados y actuados por los grupos y sujetos, con el objetivo de ser incluidos y aceptados por los otros. Esta exigencia conlleva a la aplicación sobre sí mismo y sobre los demás de prácticas y representaciones sobre la salud física y emocional que antes estaban por fuera del campo de las intervenciones de la salud, por ejemplo someterse a psicoterapias por sufrimientos que en otros períodos históricos se resolvían en situaciones de participación social, o en el caso de los niños, los síndromes relacionados a la desadaptación de sus conductas en el ámbito escolar, donde la dificultad organizacional de la institución no puede contener ni captar la atención infantil a menos que estos estén medicados para evitar o atenuar el movimiento físico (19). Otro fenómeno muy extendido son las cirugías estéticas y las dietas para adelgazar donde la principal motivación para el sujeto está puesta en la preocupación por la imagen para el otro que en problemas específicos de salud.

La autoatención es la primera medida que se implementa para detectar y diagnosticar un padecimiento. Luego aparecen medidas de tratamiento que pueden o no hacer intervenir a curadores, también es posible de producirse una evitación de la consulta a los mismos

o simplemente no se realiza ninguna acción sobre el padecimiento y se confía al paso del tiempo la solución. Estas tres maneras de asumir el sufrimiento son partes inescindibles de la autoatención. Queremos remarcar, además, que el hecho de tomar la decisión de no realizar ninguna intervención es una modalidad de la autoatención.

Lo que llamamos la carrera del enfermo, es el recorrido y la dinámica relacional que se da un sujeto o un grupo en pos de aliviar su padecer. En este recorrido los sujetos y grupos se articulan entre sí y con los diferentes saberes que están en el espacio social. Por ello la autoatención es un proceso y debe ser analizada como tal. No es un evento sino el producto de un entramado de múltiples determinaciones socioculturales. Como ya dijimos más arriba esta estrategia de autoatención es la primera intervención y la más frecuente entre los grupos y sujetos, esto es así ya que es la más accesible para ellos, en términos económicos, de tiempo y de supervivencia.

CONTRADICCIONES DEL PROCESO DE MEDICALIZACIÓN

Existe un saber acumulado que se pone en práctica al momento en que aparece el sufrimiento y este saber tiene diversas fuentes que en general no se conocen y se aplican sin tener en consideración su origen. Por otra parte, la biomedicina utiliza a los sujetos y grupos para que continúen el proceso de curación sin su intervención directa, vigilando la evolución de la enfermedad, estando atentos a los síntomas y su variabilidad en la intensidad de los mismos, tomando los medicamentos con una cierta regularidad, previniendo y potenciando conductas en pos de evitar y aliviar el sufrimiento respectivamente. Este es un proceso contradictorio. Produce una aprehensión de saberes y prácticas que se suman a las que se tenían y van constituyendo espacios de más autonomía e independencia de los curadores, aunque vale aclarar que este proceso nunca lo logra totalmente sino que complejiza la relación entre curadores y enfermos. A medida que aumenta la autonomía del padeciente para autoatenderse se profundiza su dependencia a un saber que le debe suministrar cada vez más información para problemas que antes no tenía y que ahora son definidos como enfermedades y que llamamos proceso de medicalización (20).

En el caso de la medicación psiquiátrica esto es muy evidente. El consumo de Clonazepam está muy extendido en todos los grupos, cualquiera sea su pertenencia social. Esta medicación se utiliza en la mayoría de los casos sin prescripción médica. Por supuesto que fue introducido en las prácticas de autoatención por la biomedicina, con sus regularidades y dosis, que luego se automatizaron en los sujetos a partir de sus necesidades de alivio del sufrimiento mental. Ahora bien, no sabemos qué efectos a largo

plazo tendrán en los sujetos que los consumen cotidianamente sin prescripción y seguramente si estos efectos aparecen, serán nuevamente medicalizados. Lo interesante del fenómeno es que la industria farmacéutica ha ampliado su campo y actores que indican sus productos para el consumo. Ya no son solo los médicos, en la actualidad los pacientes difunden, indican y consumen la mercancía llamada medicamento. Vemos cotidianamente como la biomedicina valora y estimula prácticas de autoatención relacionadas al autocuidado vinculadas a los estilos de vida que considera saludables y por otro lado condena otras prácticas en general vinculadas a la automedicación. Esta es una conducta contradictoria ya que en ambos casos la principal fuente de estímulo y difusión del autocuidado y la automedicación es ella misma. Si profundizamos en el análisis de esta contradicción vamos a encontrar razones de mercado, de hegemonías en el saber-poder, que tienen como objetivos la gobernabilidad de las poblaciones por parte de la razón médica como dispositivo de disciplinamiento sistémico. Al respecto Menéndez plantea que:

El proceso de autoatención se desarrolla actualmente en gran medida a través de la relación directa e indirecta con la biomedicina. Éste es un proceso dinámico y cambiante, que permite observar que procesos de autoatención, cuestionados durante un tiempo, ahora son aceptados como comportamientos “naturales” ¿Quién se asombra o cuestiona actualmente de que las personas utilicen el termómetro para medir su temperatura? El termómetro forma parte del equipamiento básico de gran parte de la población de determinados países “occidentales”, pero este uso es parte de un proceso de apropiación ya olvidado. Sin embargo, actualmente otras apropiaciones tecnológicas por los sujetos y grupos son cuestionadas en nombre de la complejidad técnica y científica (18).

EL ENFOQUE RELACIONAL

Nuestro marco teórico metodológico para llevar adelante el trabajo planteado, está sustentado en el enfoque relacional que plantea Menéndez para la comprensión del PSEA (2). Esta lectura parte de los postulados de “hegemonía cultural” entendida como:

La dominación y mantenimiento de poder que ejerce una persona o un grupo para la persuasión de otro u otros sometidos, minoritarios o ambas cosas, imponiendo sus propios valores, creencias e ideologías que configuran y sostienen el sistema político y social (21).

De esta manera el capitalismo puede mantenerse y reproducirse, es decir por la reproducción de todo

aquel conjunto de ideologías, valores, y principios, que, siendo beneficioso para las clases dominantes de la sociedad, son concebidas como “naturales”, “universales” también por las clases dominadas (18). En este sentido, Menéndez adopta el concepto de “dominación ideológica”, el cual:

Sirve precisamente a la clase hegemónica para crear una conciencia alienada en las clases oprimidas y disimular así las contradicciones inmediatas en las que se debate la sociedad civil dividida en clases (22).

En cuanto al problema del sujeto y la estructura, Menéndez considera que hasta los años ‘60 la mayoría de las corrientes antropológicas se caracterizaban por estudiar a un actor social, a saber: la cultura, la sociedad, la comunidad, etc. En este marco los sujetos no eran considerados como tales, sino como entidades que reproducían lo que hacía la cultura, la sociedad o la comunidad. Por otro lado, los marxistas proponían un enfoque relacional referido a las partes que constituían una cultura, una sociedad o un mito. El estructuralismo excluía a los sujetos sociales o los incluía en términos de conducta de rol, de comportamiento de clase o de patrones de conducta donde la subjetividad de los actores estaba ausente.

Es a partir, sobre todo de la década de 1970, donde se genera una recuperación del papel central del actor en relación con la determinación dominante dada a la estructura social o a la cultura. Este proceso fue posible, por una parte, a la crisis y disolución de la casi totalidad de las sociedades consideradas como socialistas reales, así como por otra al desarrollo del neoliberalismo. Estos acontecimientos son parte central del cuestionamiento y hasta del abandono del papel dominante de las estructuras sociales, y de la recuperación de los sujetos.

Frente a concepciones donde el actor era la cultura o la sociedad, se proponen actores particulares que desarrollan puntos de vista y de acción diferenciales. Aparece entonces una visión –por así decirlo– esencialista de los actores sociales ya que, en sus primeras propuestas, el actor social llamado mujer u homosexual por ejemplo, reproducía a nivel individual aquello que antes se refería sólo a la cultura o a la sociedad, es decir que también se excluye a los sujetos.

Luego comenzó a recuperarse a los sujetos que hay dentro de cada actor en propuestas que iban desde la negación de la sociedad como algo existente, estructurado y/o estructurador, hasta las propuestas de tipo relacional. Menéndez plantea que la mayoría de estas propuestas condujeron a radicar la realidad en el punto de vista de cada actor, y de hecho anular o secundarizar las relaciones que operan entre los diferentes actores sociales (23).

Este devenir en el campo académico e intelectual llevo a que la mayoría de los trabajos que focalizan el punto de vista del actor prácticamente eliminan las relaciones sociales entre actores dado que se centran en uno solo, pero además –al igual que otras tendencias académicas y no académicas–, reducen la presencia y acción del actor casi exclusivamente a su palabra. De esta manera la información que se obtiene casi exclusivamente es la palabra de este actor. Toda la información refiere a representaciones sociales, a narrativas, a las historias que ciertos actores sociales cuentan, sin incluir las prácticas sociales de los mismos. Se asume metodológicamente que lo relevante son las representaciones sociales, las narrativas e historias y que estas describen exactamente a las prácticas sociales.

Podemos agregar que el psicoanálisis, sobre todo, su vertiente lacaniana y estructuralista, han influido intensamente en marcar este rumbo. El inconsciente lacaniano se postula como estructurado por el lenguaje. Es decir que el sujeto, está sujetado a un entramado simbólico, donde el lenguaje le permite encontrar todos los sentidos a su existencia, solo puede pensarse a sí mismo y a su mundo a través del lenguaje, a la emisión de su palabra, el inconsciente es lenguaje y no hay nada más allá de eso. Estamos en presencia de una primacía de la palabra, de la representación. Esta concepción tuvo en el ámbito de la psicología una gran predominancia entre las décadas de 1970-1990 en Latinoamérica, principalmente en Argentina y Brasil, en coincidencia con procesos políticos dictatoriales y con la implementación del neoliberalismo en todo el continente.

En resumen, se identificó el decir con el hacer, lo que conlleva desajustes y errores metodológicos importantes, sobre todo cuando se trabaja en grupos y comunidades. En tal sentido Menéndez plantea:

Subrayo que reconozco la enorme importancia de obtener representaciones sociales, narrativas o historias sobre todo para observar la significación que dan los actores sociales a los procesos en que actúan, pero no incluir las prácticas o pensar que las representaciones equivalen a las prácticas es producir una etnografía basada en lo que los actores dicen que hacen, y no en lo que dichos actores realmente hacen (24).

El otro problema identificado es que los estudios o investigaciones privilegian generalmente a un actor, o a veces a varios, pero excluyen de su mirada las relaciones entre estos. En ambos casos suelen producirse análisis a-relacionales.

EL ENFOQUE RELACIONAL Y SUS CARACTERÍSTICAS

En términos metodológicos el enfoque relacional

indica algunos aspectos básicos (24), a saber:

1. En cualquier proceso social, y en particular el PSEA siempre hay más de un actor significativo, y por lo tanto se debe incluir en el proceso de investigación a todos los actores significativos que participan en el fenómeno estudiado, así como los diferentes tipos de relaciones que operan entre los ellos.
2. Se busca trabajar, no sólo con todos ellos, sino con las relaciones de diferente tipo (cooperativas, competitivas, simétricas, asimétricas, de hegemonía/subalternidad, etc.) que operan entre dichos actores y frecuentemente en forma simultánea.
3. La necesidad de trabajar no sólo con las representaciones sociales sino también con las prácticas sociales de dichos actores sociales.
4. La necesidad de problematizar la realidad, de cuestionar los sentidos comunes que en general disimulan las contradicciones básicas de la conflictiva social.
5. El proceso de S/E/A es un determinante importantísimo de la construcción subjetiva ya que provee estructuras de significados y organiza la estructura social.
6. El proceso S/E/A actúa en todas las esferas de la realidad.
7. El proceso S/E/A opera siempre dentro de relaciones sociales, es decir que las configura y se configura en ellas.
8. En el proceso S/E/A frecuentemente se expresan las contradicciones del sistema.
9. Dentro del proceso S/E/A las relaciones no son buenas ni malas en sí, no se deben valorar moralmente. Hay que ver que producen en los sujetos y colectivos en términos de prácticas más que de representaciones.
10. Expresa la necesidad de encontrar en la realidad las mediaciones y transiciones sociales y subjetivas para evitar la tendencia a la polarización y a la exclusión
11. Las mayorías de las relaciones entre los actores se dan en lo micro, allí se define la existencia de los sujetos y los colectivos y las luchas sociales entre ellos.
12. Las sobredeterminaciones están dadas por relaciones no primarias, no locales, no micro. Debe haber un esfuerzo metodológico por articular lo micro con lo macro.
13. Los conjuntos sociales construyen relaciones imaginarias y reales. Lo que importa es observar su eficacia para plantear resoluciones a los problemas de la vida cotidiana. En general existen juntas las reales y las imaginarias.
14. Las relaciones sociales cambian y se reconfiguran.
15. Se debe observar la relación entre la dimensión empírica y la dimensión teórica. Toda dimensión empírica debe estar referida a una reflexión

teórica y toda dimensión teórica debe estar referida a una observación empírica.

16. El investigador debe estar lo más cerca posible de su objeto para extraer información de mejor calidad.
17. Se debe realizar un esfuerzo por articular la mayor cantidad de dimensiones de la realidad para poder comprenderla.

EL ENFOQUE RELACIONAL Y LOS MODELOS MÉDICOS

En este contexto metodológico se piensa a los modelos médicos como aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” profesionales y no profesionales, sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (2). En el capitalismo, existen un conjunto de instituciones que, legitimadas entre sí –aunque principalmente por el Estado–, tienen una funcionalidad sistémica sobre todo por aportar a la implementación de las “concepciones del mundo” de las clases dominantes en el conjunto de la sociedad (21). La biomedicina es una de las instituciones más eficaces en la producción de ideología, precisamente porque es concebida como una institución “libre de valores”, “científica”, “objetiva”, “que estudia la naturaleza”. Esto es lo que el enfoque relacional denomina “Modelo Médico Hegemónico” (2).

De tal manera, con “modelos médicos” no solamente se hace referencia a los saberes y prácticas médicas de los curadores (sean estos occidentales, tradicionales, o alternativos) sino también de los conjuntos sociales no médicos o pacientes, pero dentro del contexto de las relaciones de poder que impone el capitalismo.

En este sentido, se postula que la biomedicina, dentro del sistema capitalista, funciona como un Modelo Médico Hegemónico, cuyo objetivo es imponer valores, principios e ideologías al conjunto de la sociedad, especialmente en los demás modelos médicos que están presentes en toda comunidad, grupo o conjuntos sociales.

Los modelos médicos se pueden clasificar en: el hegemónico, el subordinado, y el modelo de autoatención. La finalidad principal del enfoque relacional es develar y analizar las relaciones de poder que se dan entre los distintos modelos de atención (2).

El enfoque relacional sostiene que dentro de lo posible no se debiera estudiar un modelo médico en sí mismo, ya que es justamente la relación que se establece con los demás modelos, el factor que le

provee de sus características estructurales (18). Este enfoque se diferencia de los otros, por ser holístico, en la medida que estudia tanto los ámbitos micro como macro sociales de la enfermedad y de las formas de contrarrestarla. Los modelos no constituyen la realidad sino que son construcciones metodológicas para indagar la realidad. Los modelos, pensados en términos de investigación, exigen la producción de materiales etnográficos para observar, en los procesos sociales, como operan.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Por todo lo anterior, planteamos al enfoque relacional como una herramienta metodológica muy adecuada para abordar al proceso de salud enfermedad atención en su dimensión de autoatención.

Esto es así porque, fundamentalmente, se posibilita explorar una serie de prácticas de cuidados- que funcionan para los sujetos como el primer nivel de atención para ellos mismos y para sus familias- en un contexto y observando y analizando relaciones. Allí se entran una serie de modelos de atención y se aplican en función de las necesidades y disponibilidades materiales y simbólicas de los sujetos.

El enfoque relacional permite explorar las brechas entre las representaciones, sobre el PSEA, y las prácticas concretas de autoatención, e identificar los efectos subjetivantes del PSEA. Permite fundamentalmente llevar adelante una reflexión sobre el devenir de las representaciones y prácticas concretas de los sujetos en el PSEA en el marco de sus determinaciones socio historias.

Es importante estudiar esta dimensión del PSEA ya que aportaría información para reflexionar y poner en práctica acciones de atención de salud en la población, teniendo en cuenta las representaciones y prácticas que la misma tiene y rescatando la potencia asistencial y preventiva de la autoatención.

REFERENCIAS

1. Aguirre JL. Estrategias de autoatención del sufrimiento mental en mujeres que pertenecen a una población migrante del norte y noreste argentino en el sur de la Provincia de Santa Fe [tesis doctoral]. Lanús: Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria; 2014.
2. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

3. Osorio Carranza RM. La cultura médica materna y la salud infantil: síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia. México, D. F.: Escuela Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional de Antropología e Historia; 1994.
4. Poblete Jarpa E, Ramírez Fernández L. Prácticas de autocuidado en salud de cuidadores/as en la socialización de sus hijos de 6 a 9 años de la comuna de Chillán [tesis de maestría]. Concepción: Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería; 2003.
5. Varela Arévalo MT, Arrivillaga Quintero M, Cáceres de R DE, Correa Sánchez D, Holguín Palacios LE. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Act. Colom Psicol.* 2005;8:69-86.
6. Ortega Canto J. Géneros y Generaciones: Conducta reproductiva de los mayas de Yucatán, México. *Salud colectiva.* 2006 Abr;2(1):75-89.
7. Chávez Alvarez RE, Arcaya Moncada MJ, Garcia Arias G, Surca Rojas TC, Infante Contreras MV. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Texto contexto enferm.* [Internet]. 2007 Dec;16(4):680-687. DOI:10.1590/S0104-07072007000400012.
8. Lafaurie MM, Gómez-Sánchez PI, Bernal AJ, Gualteros MA, Hassan VP, Lozano JA et al. Embarazo en mujeres en situación de prostitución: autocuidado y prácticas de riesgo. Estudio cualitativo: Bogotá, Colombia 2006. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2008 Dic;59(4):285-296. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/392>.
9. Torrico Mayol P, Urrutia García D, Schliebener Tobar M. ¿Qué significado le asignan un grupo de mujeres a las actividades para sí mismas? *Rev. chil. ter. ocup.* [Internet]. 2008;(8):17-25. DOI:10.5354/0717-6767.2008.57.
10. Berenzon-Gorn S, Saavedra-Solano N, Alanís-Navarro S. Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud pública Méx.* [Internet]. 2009 Dic;51(6):465-473. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6937>.
11. Muñoz Franco N. Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud colectiva.* 2009;5(3):391-401.
12. Cerón A. Los caminos del enfermo en una comunidad K'iche' de Guatemala: una contribución del análisis de redes al estudio de los comportamientos de búsqueda de atención en salud. *Redes. Rev. Hisp. Anal. redes soc.* [Internet]. 2010;18(2):14-46. DOI:10.5565/rev/redes.387.
13. Vaquiro Rodríguez S, Stieповich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 Ago;16(2):17-24. DOI:10.4067/S0717-95532010000200002.
14. Thum MA, Ceolin T, Borges AM, Heck RM. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do Sul do Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2011 Sep;32(3):576-582. Disponible en: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18027>.
15. Acosta Ferreira D, de Oliveira Gomes VL, da Costa Kerber NP, Silva da Costa CF. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012 Dec;46(6):1327-1333. DOI:10.1590/S0080-62342012000600007.
16. Zapparoli Zecca M. Mujeres y prácticas curativas tradicionales. Reflexiones [en línea]. 2012;91(2):107-119. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72923962007>.
17. Menéndez, E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Rev. antropol. soc.* [Internet]. 2005,14:33-69. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402>.
18. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva.* 2003;8(1):185-207.
19. Conrad P. Identifying hyperactive children: the medicalization of deviant behavior. Lexington: Lexington Books, 1976.
20. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores; 1975.
21. Gramsci A. Antología. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno; 2009.
22. Menéndez E. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Revista centroamericana de ciencias de la salud.* 1981;7(19):65-90.
23. Menéndez EL. De rituales y subjetividades: Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos. *Desacatos* [Internet]. 2009;(29):107-120. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13913244007>.
24. Moura Pontes AL, Cortez Gómez RG. Entrevista a Eduardo Luis Menéndez. *Trab. Educ. Saúde* [Internet]. 2012;10(2):335-345. DOI:10.1590/S1981-77462012000200009.

El efecto terapéutico de la empatía

The therapeutic effect of empathy

MARTÍNEZ, José Gabriel del Rosario

Licenciado en Psicología. Psicoterapeuta cognitivo - conductual. Hospital Municipal Santa Rita, Centro Crecer: Rehabilitación Integral (Villa Dolores, Argentina).

Contacto: Lic. José Gabriel Martínez (josegabrielmartinez@outlook.com).

Fecha recibido: 10/04/2015

Fecha aceptado: 07/10/2016

RESUMEN

Establecer un vínculo de confianza y respeto es un punto fundamental en la consulta, tanto para el que acude en búsqueda de ayuda para mitigar su malestar como para el profesional que asiste con el objetivo de brindar el mejor nivel de atención posible. El objetivo del presente artículo es resaltar la creciente evidencia acumulada durante los últimos años respecto los beneficios terapéuticos que una buena relación médico-paciente conlleva. Reconocer la valencia afectiva que se pone en marcha en la consulta médica implica aceptar la importancia que tiene el desarrollo de habilidades emocionales en el perfeccionamiento de las competencias clínicas. Las investigaciones actuales evidencian los beneficios de la empatía y del establecimiento de una buena relación entre ambos participantes del binomio médico-paciente.

PALABRAS CLAVE: Empatía; Relaciones Médico-Paciente; Medicina Familiar y Comunitaria.

ABSTRACT

To establish a bond of trust and respect is a key point in the consultation, both for whoever seeks for help to alleviate his discomfort and for the professional who assists with the aim of providing the best level of care possible. The aim of this paper is to highlight the growing evidence accumulated over recent years regarding the therapeutic benefits that a good doctor-patient relationship entails. Recognizing the value of affection in medical practice means accepting the importance of the development of emotional skills in improving clinical skills. Current research show the benefits of empathy and the establishment of a good relationship between each participant in the doctor-patient binomial.

KEYWORDS: Empathy; Physician-Patient Relations; Family Practice.

INTRODUCCIÓN

La cercanía emocional es terapéutica porque hace sentir al paciente reconectado con la humanidad, sentimiento que se pierde cuando hay sufrimiento físico o emocional (1).

Establecer un buen vínculo es un punto clave en la consulta, tanto para el que acude en búsqueda de ayuda para mitigar su malestar como para el profesional que asiste con el objetivo de brindar el mejor nivel de atención posible. En la consulta médica, como en todo trato interpersonal, se ponen en juego una gran cantidad de variables, pero quizás el punto fundamental para el origen de la relación médico-paciente es la intimidad emocional y la seguridad afectiva que derivan de la confianza y del respeto mutuo.

En este contexto de interacción donde se involucran más factores que el conocimiento teórico y la competencia técnica, es que emerge la necesidad de poner énfasis en la relación médico-paciente desde lo humano. Hacer hincapié en la empatía como núcleo de la relación médico-paciente implica dar lugar a una nueva forma de relación que destaca la participación tanto del médico como del paciente en la toma de decisiones, superando la perspectiva de una relación asimétrica sostenida por el enfoque biomédico convencional. Es menester resaltar que esta concepción de relación clínica equitativa no exime al profesional de las responsabilidades éticas y profesionales que le corresponden, sino por el contrario, esto se suma a sus deberes y obligaciones, obligándolo a profundizar en la esencia de la interacción en pos de brindar el mejor nivel de atención posible a quienes procuran sus cuidados.

Por más especializada que pueda ser la práctica clínica, incluso cuando la tarea es realizar una prueba médica concreta ésta se realiza sobre personas, y la realidad de la persona es biológica y psicosocial (2). La relación médico-paciente está entonces basada en un vínculo de coparticipación emocional (3) y puede ser utilizada como un instrumento terapéutico de gran beneficio ya que la mayor parte de los trastornos emocionales son detectados o atendidos por estos profesionales (4). Desde esta perspectiva olvidarnos de la empatía, es olvidarnos de la persona (2).

La relevancia terapéutica de la empatía no solo debe ser entendida como una acción que favorece positivamente la anamnesis, el diagnóstico y el tratamiento, sino también como un elemento clave en la curación del paciente (5).

HABILIDADES EMOCIONALES EN LOS MÉDICOS DE FAMILIA: ¿PARA QUÉ?

La deshumanización que ha experimentado la medicina, producto del olvido de la subjetividad del enfermo, presenta algunos rasgos característicos: la cosificación del paciente, falta de calor en la relación humana, la ausencia de un verdadero encuentro

entre los ámbitos personales del paciente y el profesional (6). Entre las necesidades con las cuales acude el paciente a consulta la de ser entendido y conocido es una de las principales, esto es: que una de las mayores cualidades del médico debe ser una conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes (7). Si el médico de familia permanece fiel a su vocación, tendrá una mayores posibilidades de vincularse con sus pacientes que cualquier otro profesional de las distintas ramas de la medicina (4).

La relación médico-paciente es la piedra angular del cuidado médico (7,8) constituyendo el núcleo fundamental de la medicina (3), pero desde el siglo pasado la medicina ha sido dominada por un enfoque estrictamente objetivo y positivista de los problemas de salud. Para los médicos de familia, esto ha tenido siempre que ser reconciliado con la atención a los sentimientos y una comprensión profunda de las relaciones (9).

El médico de familia debe desarrollar habilidades que le permitan el manejo y apoyo de la expresión emocional que sus pacientes requieren (10). Para ello, es necesario cultivar habilidades como:

- Establecer una relación de unión y apoyo con los pacientes.
- Desarrollar una comprensión realista de la experiencia de su paciente con la enfermedad.
- Cultivar una actitud profesional sin juicios, con respeto al paciente, a su situación, condiciones y decisiones.

Un profesional cálido, que brinda un clima de confianza y reaseguro permite que el paciente pueda expresar mejor sus síntomas y preocupaciones, y facilita el restablecimiento de la autonomía y participación del paciente (10). La inteligencia emocional es un concepto clave para organizar las destrezas interpersonales y de comunicación en el ámbito de la profesión médica. Acorde al planteo de Hernández Vargas y Dickinson Bannack (11), la inteligencia emocional en Medicina ayuda en tres pilares a la práctica clínica:

1. La relación médico-paciente y en los aspectos relacionados con la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente.
2. El rendimiento, el nivel de implicación y la satisfacción profesional de los médicos.
3. En el entrenamiento y desarrollo de las habilidades de comunicación clínica.

Lifshitz (12) plantea que el trabajo clínico abarca la habilidad de establecer una relación afectiva con el paciente, la cual facilitará la obtención de información fidedigna, completa y jerarquizada.

Asimismo, la regulación de emociones juega un punto importante, cuando un médico tiene que dar una mala noticia a un paciente requiere la habilidad de evitar dar respuestas emocionales descontroladas (11). Otero Martínez resume que un médico con inteligencia emocional es capaz de:

- Reducir el temor.
- Conocer lo que está sintiendo su interlocutor.
- Escuchar y calmar.
- Admitir las diferencias entre los seres humanos.
- Mitigar el duelo.
- Manejar el enojo, la tristeza y otros estados emocionales de sus pacientes.
- Lograr un mejor cumplimiento de las indicaciones médicas.
- Lograr conductas más saludables.
- Facilitar la adhesión terapéutica.
- Fomentar la independencia de los pacientes.
- Controlar sus propios sentimientos y lograr sentirse bien con lo que está haciendo (13).

Es necesario integrar el desarrollo de habilidades emocionales y el autoconocimiento del profesional en formación que logre conjuntar una instrucción académica desde el saber, el hacer y el sentir. Propiciar el desarrollo de la capacidad del médico para identificar, comprender y regular sus estados emocionales es indispensable porque dichas habilidades le permitirán vislumbrar desde una perspectiva más integral su labor asistencial (14).

EMPATÍA: TERAPÉUTICA *PER SE*

La relación asistencial es, en primer lugar, una relación humana donde interactúan dos seres con necesidades, motivaciones, sentimientos y expectativas diferentes (15).

Actualmente crece la evidencia empírica que apoya la importancia de la empatía en el tratamiento médico y los beneficios que genera: reduce los errores médicos (16), logra que los pacientes se sientan más satisfechos (17), reduce los reclamos por mala praxis (18), e incrementa la satisfacción en los médicos (19). Por el contrario, la percepción de desinterés del médico, de su prisa o falta de calor humano, generalmente contribuyen a que el paciente no aporte los datos que se le piden o los dé con similar espíritu de salir del paso (20).

La empatía, conceptualizada en el contexto sanitario como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y experiencias, no consta solo de contenido emocional sino que también presenta tres componentes básicos: cognición, comprensión y comunicación (21). La relación médico-paciente implicaría una interacción destinada en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico; pero en muchos casos, permite la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes (22). Además de compartir información diagnóstica y terapéutica, la mayoría de los médicos reconocerá que estos encuentros involucran también la búsqueda de salud psicológica y la conexión o

relación terapéutica por parte del paciente (23).

En Medicina Familiar, el tratamiento en la dimensión psicológica se basa especialmente en la relación médico-paciente y las probabilidades de éxito son directamente proporcionales a la cualidad de esta relación (24). La entrevista médica va más allá de la meta diagnóstica. El diálogo que se realiza durante el proceso de diagnóstico es usado por el médico familiar en función terapéutica, es decir, está curando mientras y a través del diálogo con el paciente. Por lo tanto podríamos afirmar que durante la aplicación del método clínico ya aparece un elemento terapéutico de mucha importancia (25). Poner atención a las emociones es tan importante como prestar cuidado a los signos físicos, e idealmente, el profesional debería estar al tanto de cómo abordar mejor ambas dimensiones (5). El acto de demostrar sincera preocupación por y sobre el paciente podría no ser sólo un anexo al tratamiento biomédico, sino una intervención biomédica en sí (26).

Estos postulados respecto de la influencia de una cálida relación médico-paciente se ven corroborados recientemente con un metaanálisis llevado a cabo por Kelley y cols. (27), en el cual concluyen que una buena relación médico-paciente tiene un efecto estadísticamente significativo sobre los resultados de la calidad de la asistencia brindada y también sobre la salud de pacientes con condiciones como obesidad, dolor crónico, diabetes, osteoartritis y asma.

DISCUSIÓN

En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca; de este modo la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal médico-paciente (19). Es primordial resaltar la necesidad de inclusión en la formación, de programas de adquisición y desarrollo de habilidades emocionales en los profesionales de la salud, quienes comparten el común denominador de trabajar con el sufrimiento humano. La educación médica tiene que destacar la importancia de la relación médico-paciente como cimiento de la práctica clínica (28) y la formación del médico tiene que ir más allá de un proceso de instrucción; ser médico presupone una capacidad de comprensión y profundización de la relación con el paciente que trasciende el puro sentido causal de la patología (4).

Recientemente se han creado y evaluado algunos programas de entrenamiento de empatía destinado a médicos (29), cuyos resultados demuestran que, comparado con sus pares, los médicos que asistieron al curso de empatía, interrumpieron menos a sus pacientes, mantuvieron mayor contacto visual y mejoraron su comprensión cuando los pacientes se

mostraban molestos, frustrados o enojados.

Enfatizar en la importancia de las habilidades emocionales no implica psicologizar al médico, sino otorgar una herramienta en el abordaje y comprensión de la dimensión psicológica y social del enfermo, una clínica que incluya el estudio del ser humano en su dimensión del ser, que le permita desarrollar destrezas específicas, integrarlas al resto de sus conocimientos de la dimensión biológica y desde ahí comprender al paciente (30).

De esto se desprende que adquirir habilidades que permitan empatizar con el universo emocional del paciente, es condición fundamental para:

1. Poder cimentar una relación médico-paciente cálida y humana que persiga como objetivo primordial el logro de las metas terapéuticas planteadas.
2. Desenvolverse de la mejor manera posible frente a situaciones que son emocionalmente difíciles en la consulta.
3. Brindar al paciente el mejor nivel de atención posible.
4. Alcanzar mayor satisfacción profesional y personal.

Desenvolverse profesionalmente en consonancia con la postura según la cual no importa cuán sofisticada sea la tecnología, sino que la salud se alivia con compasión, contacto y conversación (31), contribuye a desmentir la falacia que ha permanecido durante largo tiempo arraigada en la conciencia sanitaria de que la salud y la enfermedad son hechos biológicos sin carga emocional (5).

CONCLUSIONES

Las investigaciones actuales demuestran cada vez más los beneficios, tanto para el profesional como para el paciente, de rehumanizar la relación clínica a través del uso de la empatía, corroborando empíricamente el aforismo de Ian McWhinney: "tenemos que escuchar no sólo con los oídos, sino también con los ojos, la mente, el corazón y la imaginación" (9).

REFERENCIAS

1. Trigub A, Cantale C. Medicina centrada en el paciente. Diplomatura en Medicina Familiar; 2006.
2. Borrell Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin* 2011;136:390-7. DOI: 10.1016/j.medcli.2009.06.032.
3. Sánchez González JM, Rivera Cisneros AE, Hernández Gamboa LE, Villegas Ríos MJ,

Casares Queralt S. La relación médico-paciente y la comunicación deben estar asociados a la ética médica. *Calimed*. 2002;8(1):21-27.

4. Gómez Esteban R. El médico como persona en la relación médico-paciente. Madrid: Editorial Fundamentos; 2002.
5. Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética* [Internet]. 2014;18(2):184-193. DOI:10.5294/pebi.2014.18.2.8.
6. Suardíaz Pareras JH. Relación médico-paciente y tecnología médica: una visión personalista. *Bioética*. 2011;11(1):1-4.
7. Hernández Torres I, Fernández Ortega MA, Irigoyen Coria A, Hernández Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch. Med. Fam.* 2006;8(2):137-144.
8. Ceitlin J, Gómez Gascón, T. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. *semFyC y CIMF*; 1997.
9. McWhinney IR. A textbook of family medicine. 2da ed. Nueva York: Oxford University Press; 1997.
10. Garza Elizondo T, Ramírez Aranda JM, Gutiérrez Herrera RF. Relación de colaboración médico-paciente-familia. *Arch. Med. Fam.* 2006;8(2):57-62.
11. Hernández Vargas CI, Dickinson Bannack ME. Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. *Inv Ed Med.* 2014;3(11):155-160.
12. Lifshitz A. Perfil del médico en el área clínica. *Rev Fac Med UNAM.* 1993;36(2):82.
13. Otero Martínez HO. Hacia una comunicación efectiva y humanista en ámbitos de salud. *Rev haban cienc méd.* 2008;7(1).
14. Ortiz Acosta R, Beltrán Jiménez BE. Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educ Med.* 2011;14(1):49-55.
15. Sáez M. Modelo clínico centrado en el paciente. *Arch. med. fam. gen.* 2008;5(1):2-11.
16. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice

- Study I. NEJM. 1991;324(6):370-376. 10.1016/j.aprim.2010.01.001.
17. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof.* 2004 Sep;27(3):237-51.
 18. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. *JAMA.* 2002 Jun 12;287(22):2951-7.
 19. Valdivia R, Méndez S. Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco. *Situa.* 2003;12(23):11-22.
 20. Seguín C. Introducción a la medicina psicosomática. 1ra ed. Lima: Empresa Gráfica T. Scheuch; 1947.
 21. Bohórquez F. El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. *Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [Internet].* 2004;1(1). Disponible en: <http://revista.iered.org/v1n1/pdf/fbohorquez.pdf>.
 22. Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *An. Fac. med., Univ. nac. mayor San Marcos.* 2006;67(1):30-37. DOI: 10.15381/anales.v67i1.1292.
 23. Turabián JL, Franco BP. El concepto de tratamiento en medicina de familia: contextualizado y contextual. *Mapa de una ciudad apenas vista. Aten Primaria.* 2010;42(5):253-254. DOI: 10.1016/j.aprim.2010.01.001.
 24. Álvarez Sintés R. El método clínico en la práctica de la medicina familiar. *Medisur [Internet].* 2010;8(5):156-163. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1337>.
 25. Adler H. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *J Gen Intern Med.* 2002 Nov; 17(11): 883–890. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2002.10640.x.
 26. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One.* 2014 Apr 9;9(4):e94207. DOI: 10.1371/journal.pone.0094207. eCollection 2014.
 27. Franco JA, Pecci C. La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina (B. Aires).* 2003 Abr;63(2):111-118.
 28. Riess H, Kelley JM, Bailey R, Konowitz PM, Gray ST. Improving empathy and relational skills in otolaryngology residents: a pilot study. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011 Jan;144(1):120-2. DOI: 10.1177/0194599810390897.
 29. Hernández de Cordido G. Lo psicológico en los estudios médicos. Una evaluación del nuevo programa de psiquiatría en los estudios médicos de pregrado. *Rev. Fac. Med. (Caracas).* 2006 Jun;29(1):5-11.
 30. Drench ME, Noonan A, Sharby N, Ventura SH. *Psychosocial Aspects of Health Care.* 1ra ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2003.

La erradicación de *Staphylococcus aureus* no reduce la recurrencia de infecciones de piel y tejidos blandos

Eradication of Staphylococcus aureus does not reduce recurrence of skin and soft tissue infections

Fritz, SA et al. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2011 Sep; 32(9):872-80.

OBJETIVO

Comparación de la eficacia de 4 regímenes para erradicar la portación de *Staphylococcus aureus*.

DISEÑO

Ensayo clínico controlado abierto y aleatorizado. El estado de colonización fue determinado al mes y a los 4 meses, y la recurrencia de Infecciones de Tejidos Blandos (ITB) fue determinada al mes, a los 4 y a los 6 meses.

LUGAR

Hospitales Barnes-Jewish y St. Louis Children's de St. Louis (Missouri), 2007-2009.

PACIENTES

Trescientos pacientes mayores de 6 meses de edad con ITB de aparición en la comunidad y colonización por *S. aureus* en fosas nasales, axilas, o pliegues inguinales. Los pacientes fueron excluidos si tenían infección de herida quirúrgica, catéter o dispositivo médico percutáneo permanente, se encontraban embarazadas, institucionalizados, o recibiendo diálisis.

INTERVENCIÓN

Los participantes fueron asignados al azar a recibir ninguna intervención terapéutica (controles) o realizar

uno de los tres regímenes de 5 días: 2% de ungüento de mupirocina aplicada en las fosas nasales dos veces al día, mupirocina intranasal diaria asociada a lavados con jabón líquido de clorhexidina al 4%, o mupirocina intranasal más baños diarios con agua y lavandina diluida.

MEDICIÓN DE RESULTADOS

La medida de resultado primaria fue la erradicación de la portación de *S. aureus* al mes de la intervención. La erradicación se definió como la ausencia de portación de *S. aureus* en los 3 sitios del cuerpo antes mencionados. Los resultados secundarios incluyeron la erradicación de *S. aureus* a los 4 meses; e ITB recurrente al mes, a los 4 y a los 6 meses.

RESULTADOS PRINCIPALES

Entre los 244 participantes con datos de colonización al mes, el análisis por intención de tratar reveló la erradicación de *S. aureus* en el 38% de los participantes en el grupo de sólo educación (control); 56% en el grupo mupirocina ($p=0,03$ frente a los controles); 55% en el grupo mupirocina + clorexidina ($p=0,05$); y 63% en el grupo mupirocina + lavandina ($p=0,006$). De los 229 participantes con datos de colonización a los cuatro meses, las tasas de erradicación fueron del 48% en los controles; 56% para sólo mupirocina ($p=0,40$ frente a controles); 54% para mupirocina + clorexidina ($p=0,51$); y 71% para mupirocina + lavandina ($p=0,02$). Los resultados respecto a la recurrencia de ITB se muestran en la Tabla 1.

	Educación + Mupirocina	Educación + Mupirocina + Clorhexidina	Educación + Mupirocina + Lavandina
Al mes			
RR (IC 95%)	0,86 (0,47–1,60)	0,42 (0,19–0,95)	0,83 (0,44–1,59)
% RRA (IC 95%)	4 (-10–2)	15 (3–28)	4 (-10–19)
P	0,64	0,03	0,58
A los cuatro meses			
RR (IC 95%)	0,83 (0,52–1,33)	0,82 (0,51–1,32)	0,85 (0,53–1,37)
% RRA (IC 95%)	7 (-10–23)	7 (-10–24)	6 (-11–23)
P	0,44	0,41	0,51
A los seis meses			
RR (IC 95%)	0,96 (0,67–1,39)	0,79 (0,53–1,17)	0,91 (0,61–1,35)
% RRA (IC 95%)	2 (-17–20)	11 (-8–29)	5 (-15–24)
P	0,84	0,25	0,63

CONCLUSIONES

Un régimen económico de baños con lavandina diluida, mupirocina intranasal, y educación en higiene erradica efectivamente *S. aureus* durante un período de 4 meses. Las altas tasas de ITB recurrente sugieren que existen otros factores determinantes de la infección.

COMENTARIO

El estudio tiene un buen diseño, con aceptable potencia estadística. Los análisis se realizaron por intención de tratar, lo cual aumenta la validez de los resultados. Sin embargo utiliza una variable subrogada, el estado de colonización por *S. aureus*, cuyo tratamiento no tuvo un efecto clínicamente significativo sobre la recurrencia de ITB.

CONCLUSIONES DEL COMENTADOR

Durante casi 30 años el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) estuvo confinado al ámbito nosocomial y su aparición en la comunidad se limitaba a grupos específicos (como deportistas, usuarios de drogas endovenosas, convictos, familias y pacientes con forunculosis recidivante). Sin embargo, desde la década del '90 comenzaron a detectarse infecciones provenientes de la comunidad causadas por SAMR (SAMR-AC). El SAMR-AC es hoy en día el

agente etiológico más frecuente en infecciones de la piel y los tejidos blandos. En nuestro país, las distintas series revelan una prevalencia de 40-62% de cultivos positivos para SAMR-AC en material proveniente de ITB (1-3). Por eso, ante un paciente con una infección aguda en piel y/o tejidos blandos, independientemente de cuál sea su gravedad, el concepto de la posible participación de SAMR-AC debe estar presente en la evaluación inicial (4). Si bien aún no se ha establecido un protocolo o tratamiento que permita su erradicación, es pertinente indicar la descolonización en caso de brote por SAMR (particularmente si existe evidencia epidemiológica que apunta a transmisión por agentes de salud, poblaciones específicas o dentro del hogar), infecciones recurrentes en un paciente con evidencia documentada de infección por SAMR luego de haber aplicado medidas no farmacológicas, y transmisión de la infección entre convivientes ó contactos cercanos luego de haber aplicado correctas medidas higiénicas personales y en el hogar (5).

Fuente de financiamiento: National Center for Research Resources; National Institutes of Health; Pfizer, Inc.

MIGUEL, Florencia Anahí. Estudiante de Medicina. Universidad Nacional del Sur (Bahía Blanca, Argentina). florencia.miguel@hotmail.com.

REFERENCIAS

- Bermejo V, Spadaccini L, Elbert GE, Duarte AIE, Erbin M, Cahn P. Prevalencia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en infecciones de piel y partes blandas en pacientes ambulatorios. *Medicina (B. Aires)*. 2012;72:283-286.
- Boccaccio C, Verdaguer Babic V, Botto L, Cervetto MM, Cetani S, Paladino S et al. Aislamiento de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente en abscesos de mama en una Maternidad Pública. *Medicina (B. Aires)* . 2014;74(3):210-215.
- Glikin I, Favalaro E, Sanjurjo J, Ronchetti I , Longo LM, Irurzun A et al. Infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC) en afecciones dermatológicas habituales. *Arch. Argent. Dermatol.* 2013;(63):2-6.
- Gaggetti P, Corso A. Actualización en *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina de la comunidad. *Bol Asoc Arg Microb.* 2011;193:7-8.
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Infecciones Prevalentes en el Primer Nivel de Atención. Unidad 4: Infecciones de la piel por SAMR-AC. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. 2014;117-123.