

# CADERNOS

## de atención primaria

a publicación dos profesionais de atención primaria en Galicia



Vol. 26 (1)  
XUÑO 2020



### Editorial AGAMFEC

#### Ensinanza da crise COVID

Susana Aldecoa Landesa. Presidenta AGAMFEC

Páx. 3

### Orixinais

#### Psicología en Atención Primaria: análisis de un año de rotación de la Especialidad de Psicología Clínica desde un modelo de Terapia Familiar Breve.

Psychology in Primary Care: analysis of one year of Specialty in Clinic Psychology rotation based in a Brief Family Therapy Model.

*Psicología en Atención Primaria: análise dun ano de rotación da Especialidade de Psicología Clínica dende o modelo de Terapia Familiar Breve.*

Almudena Campos González ; José Luis Rodríguez-Arias Palomo

Páx. 4 - 10

#### Apoyo social en enfermos renales de bajos recursos que reciben diálisis peritoneal en su domicilio.

Social support in low-income kidney patients receiving peritoneal dialysis at home.

María Adriana Cecilia Cruz Flores

Páx. 11 - 16

### Para saber máis...

#### A consulta telefónica, nova normalidade?

Julia Bóveda Fontán, Flora Miranda Pena, Ángel Lado Llerena, Jesús Manuel Novo Rodríguez. Grupo Comunicación e Saude de AGAMFEC

Páx. 17 - 19

### Casos clínicos

#### Doctor, me duele todo el cuerpo.

Doctor, I have pain everywhere.

*Doutor, dóeme todo o corpo.*

Ana María do Muíño Méndez; Ana María Santos Ruiloba; Aranzazu Valtierra Darriba.

Páx. 20 - 21

#### Metrorragia postmenopáusica: Tumor de la granulosa ovárica.

Postmenopausal metrorrhagia: Ovarian Granulosa cell tumors.

Carmen Herrero Vicent

Páx. 22 - 23

#### Dos caras de una misma moneda

Laura Rois Donsión ; Macarena Pallas Rodríguez; Carla Anllo Lopez; Jesus Manuel Caoiro Castelao.

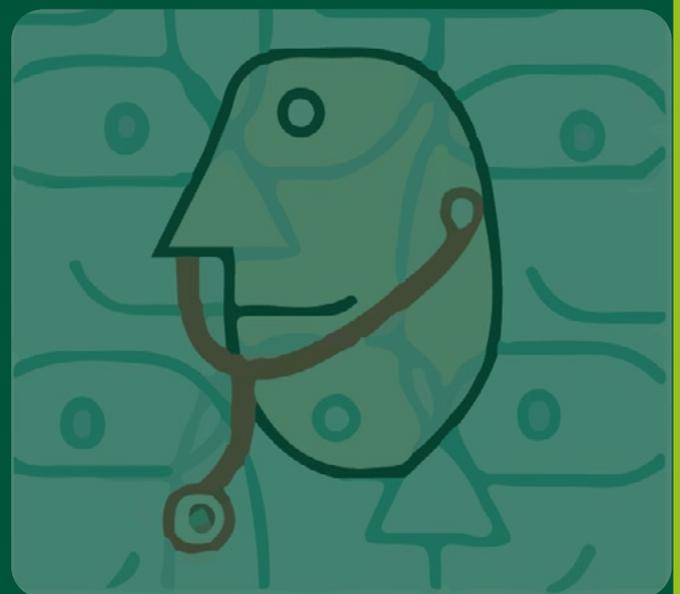
Páx. 24 - 25

### Humanidades

#### Ciclo Vital Familiar

Javier Lovo

Páx. 26 - 27



#### Comité editorial

Francisco Javier Formigo Couceiro  
Eva Jacob González

#### Editores eméritos

Pablo Vaamonde García - Fundador e director da revista (1994-2005)  
Ramón Veras Castro (2005-2012)  
Francisco Javier Maestro Saavedra (2013-2015)  
Ana Paula Núñez Gavino (2016)  
Víctor Julio Quesada Varela (2017)

#### Coordinador AGAMFEC

Jesús Sueiro Justel

#### Consello asesor:

Ana Clavería Fontán	Ramón Veras Castro
Susana Aldecoa Landesa	Ana Carvajal de la Torre
Julia Bóveda Fontán	M <sup>a</sup> Jesús Cerecedo Pérez
José Luis Delgado Martín	Jesús Combarro Mato
Carlos Eirea Eiras	Bernardino Pardo Teijeiro
Antonio Regueiro Martínez	Francisco Martínez Anta
Pilar Gayoso Diz	Juan Francisco Ollarves
Raimundo Gulín González	Susy Osinaga Peredo
Enrique Nieto Pol	José Ramón Moliner de la Puente
Lucía Barreiro Casal	Susana Hernáiz Valero
Ana Prada Vigil	



#### Editada por:

ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA  
FAMILIAR E COMUNITARIA  
[www.agamfec.com](http://www.agamfec.com)

#### Redacción - Secretaria Técnica:

CYEX CONGRESOS, S.L.  
C/. Ferrol, 2. Edificio Cyex  
15897 Santiago de Compostela (A Coruña)  
T: 981 555 720 • e-mail: [secretaria@agamfec.com](mailto:secretaria@agamfec.com)  
<https://www.agamfec.com/contacte-con-agamfec/>

Dep. Legal: C-1072/94  
I.S.S.N.: 1134-3583

Publicación autorizada polo Ministerio de  
Sanidade como Soporte Válido 94032R.

Diseño e maquetación: Modográfica.

I.S.S.N. (Internet): 1989-6905

Categoría: Ciencias da Saúde.

Acceso: Gratuito.

Mención específica de dereitos: Non.

URL intruções autores:

<http://www.agamfec.com/publicacions>

¿Permite o auto-arquivo? Sí.

Versión auto-arquivo: Post-print (versión editorial).

¿Cando? Inmediatamente despois da publicación.

¿Onde? Web persoal, Repositorio Institucional, Repositorio temático.

CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA distribúese exclusivamente entre os profesionais da medicina.

Reservados tódolos dereitos. Esta publicación non pode ser reproducida total ou parcialmente, por calquer medio, electrónico ou mecánico, nin por fotocopia, grabación ou outros sistemas de reprodución de información sin a autorización por escrito do Consello de Redacción.

A revista CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA non se fai responsable do contido do artigos publicados, por tratarse da opinión dos autores, que asumen a exclusiva responsabilidade sobre os seus escritos.

## Ensinanza da crise Covid

Susana Aldecoa Landesa<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> PRESIDENTA AGAMFEC

Inmersos nunha crise de modelo, mentres impulsabamos un *plan vertebrador do sistema sanitario* que necesitaba de cambios orzamentarios e organizativos de calado, chegou esta galerna. Impensable que o meu primeiro editorial como presidenta de AGAMFEC sería durante unha situación de tal gravidade.

Vímonos sacudidos por unha enfermidade que desmontou a nosa vida e o noso traballo. Temos hoxe unha Atención Primaria irrecoñecible. Toca reconstruíla aproveitando as leccións desta pandemia. Temos a responsabilidade de non volver ao modelo inviable do que vimos.

A pandemia está a ensinarnos que os equipos multiprofesionais consolídanse en tempos de crise. É preciso reforzar os equipos e axustar as competencias de cada colectivo. Durante esta tolema demostramos que podemos facelo, e que o facemos mellor cando dispoñemos de capacidade de xestión. Pero cos recursos necesarios.

Os cambios organizativos que acometemos foron inmensos e moitos chegaron para quedar. Sería un grave erro desaproveitar este feito. Avancemos nas unidades clínico-administrativas, que demostraron a súa capacidade de adaptarse ás novas necesidades. Avancemos na optimización da consulta non presencial, xerando tempo e espazo para a atención presencial ben entendida por profesionais e cidadanía. Trallemos na desburocratización da man de tódolos colectivos profesionais. Esixamos que a atención domiciliaria sexa forte, coa imprescindible zonificación, o transporte e o tempo necesario na axenda.

Aprendemos que necesitamos manter ás persoas fráxiles maiores nos seus fogares tanto como sexa posible se é alí onde queren estar. Necesitamos repensar como sociedade o coidado dos maiores; a atención sociosanitaria ten lagoas profundas.

Deberase prestar unha atención máis humanizada, próxima e dispoñible ao longo do tempo; volvamos á lonxitudinalidade, un dos erros cometidos na primeira fase da pandemia.

Na nosa carteira de servizos ten que estar a vixilancia epidemiolóxica, o control de pandemias e a resposta a catástrofes. En tempo record desenvolvemos guías de actuación, organizativas e clínicas, pero fixémoslo de forma descoordinada, traballamos moitos nas mesmas cousas, cun innecesario desperdicio de enerxía. Precisamos xestores de Atención Primaria con liderado e capacidade.

As necesidades dos cidadáns durante a pandemia evidenciaron a importancia das redes comunitarias: a necesidade de información veraz e contrastada, o rastrexo de necesidades, o acompañamento emocional, os coidados e a identificación de persoas e grupos vulnerables. Falábase antes da pandemia *da Comunitaria*, de recursos e activos para a saúde, da súa identificación, da súa integración no ADN da Atención Primaria. Agora descubrimos un tecido asociativo que adquiriu visibilidade ou xurdiu da necesidade. Redes e alianzas que son unha oportunidade, un espazo privilexiado para a participación de profesionais e cidadáns no desenvolvemento da saúde das zonas básicas, e da calidade dos servizos sanitarios.

Temos tarefas: as inmediatas, garantir ao máximo a seguridade dos profesionais, a prevención da infección, a identificación de casos e contactos, os coidados de afectados, o apoio na corentena, o seguimento do tratamento e as posibles secuelas físicas, psicolóxicas e sociais. As indemorables: recuperar a atención das patoloxías aguda e crónicas aparcadas pola crise. As que veñen para quedar: reorganizarnos, fortalecernos, afianzar as alianzas coa comunidade. É impensable afrontalas cos medios que temos, é un clamor.

Unha ensinanza, importante, é que a Atención Primaria debe saír reforzada.

# Psicología en Atención Primaria: análisis de un año de rotación de la Especialidad de Psicología Clínica desde un modelo de Terapia Familiar Breve.

Psychology in Primary Care: analysis of one year of Specialty in Clinic Psychology rotation based in a Brief Family Therapy Model.

*Psicología en Atención Primaria: análise dun ano de rotación da Especialidade de Psicología Clínica dende o modelo de Terapia Familiar Breve.*

Almudena Campos González<sup>1</sup>, José Luis Rodríguez-Arias Palomo<sup>2</sup>

1 PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA. REALIZADA LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE (2013-2017)

2 PSICÓLOGO CLÍNICO. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Almudena Campos González. e-mail: camposalmudena@gmail.com

Cad. Aten. Primaria  
Año 2020  
Volume 26 (1)  
Páx. 4-10

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir los resultados de un año de atención psicológica de la residente de último año de Psicología Clínica (PIR) en el Centro de Salud (CS), analizando los casos en los que se realiza psicoterapia desde un modelo de Terapia Familiar Sistémica Breve (TFSB) y grupal.

**Material y método:** Diseño observacional, descriptivo. Se tratan con TFSB 46 pacientes -42 adultos (91%) - atendidos de mayo 2016 a mayo 2017; 33 (71,7%) mujeres, derivados por profesionales del CS -la mayoría por su médico de Atención Primaria (MAP), 82,6% - según su propio criterio, o por demanda del paciente. Se monitoriza el curso de la psicoterapia con la escala ORS (*Outcome Rating Scale*)<sup>1</sup> y la "Escala de Avances"<sup>2</sup> y se evalúa la relación terapéutica con la escala SRS (*Session Rating Scale*)<sup>1</sup>..

**Resultados:** El promedio de sesiones es 3,7. 13% no acuden a la segunda consulta pactada ("Abandono"). De los que no abandonan, 90% se califican como "Éxito".

**Conclusiones:** La TFSB parece adaptarse bien al contexto de Atención Primaria (AP). Nueve de cada diez pacientes mejoran su salud mental con tres o cuatro sesiones de psicoterapia. Además, la rotación en AP supone uno de los procesos de aprendizaje más enriquecedores del PIR, por experimentar la intervención en el primer eslabón de la atención a la salud y la colaboración con profesionales de AP, que facilita una comprensión holística de la persona y el trabajo para la promoción y prevención de la salud.

**Palabras clave:** Psicología Clínica, Atención Primaria, Terapia Familiar Breve en Atención Primaria, Evaluación de Resultados.

## ABSTRACT

**Objective:** Describe the results of a year of psychological care of the senior resident of Clinical Psychology at the Health Center (HC), analyzing the cases in which psychotherapy is performed from a model of Brief Systemic Family Therapy (BSFT) and group therapy.

**Material and method:** Observational, descriptive design. 46 patients - 42 adults (91%) - treated with BSFT from May 2016 to May 2017; 33 (71,7%) women, referred by HC professionals - mostly by their general practitioner (GP), 82,6% - at their own judgement or at the request of the patient. The course of psychotherapy is monitored with the ORS scale (*Outcome Rating Scale*)<sup>1</sup> and the "Scale of Advances"<sup>2</sup> and the therapeutic relationship is evaluated with the SRS scale (*Session Rating Scale*)<sup>1</sup>.

**Results:** The average number of sessions is 3.7%. 13% do not attend the second agreed consultation ("Abandonment"). Of those who don't neglect, 90% qualify as "Success".

**Conclusions:** The BSFT seems to adapt well to the context of Primary Care (PC). Nine out of ten patients improve their mental health with three or four therapy sessions. In addition, PC turnover is one of the most enriching learning processes in the specialist training of clinical psychology, as it experiences intervention in the first link of health care and collaboration with PC professionals, which facilitates a holistic understanding of the individual and work for health promotion and prevention.

**Keywords:** Clinical Psychology, Primary Health Care, Brief Family Therapy in Primary Care, Outcome assesment.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace años se destaca la importancia de la atención psicológica en AP, realizando Jornadas y encuentros científico-profesionales donde debatir propuestas para implantar consultas de Psicología Clínica (PC) en AP. La prevalencia de quejas relacionadas con la salud mental en las consultas de AP es alta: aproximadamente un 50% de las demandas que recibe el MAP<sup>1</sup>. El estudio IMPACT<sup>2</sup> señala un incremento del 19% de los trastornos del estado de ánimo entre 2006 y 2010. Las terapias psicológicas se recomiendan por ser efectivas, seguras y económicamente viables para un amplio rango de problemas comunes de salud mental; especialmente ansiedad y depresión<sup>3</sup>.

Diferentes experiencias nacionales e internacionales, especialmente en Inglaterra, destacan la importancia de la incorporación de la PC en la AP. En mayo de 2007 el gobierno británico invierte más de 170 millones de libras en el programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)<sup>4</sup>. Se recibe casi un millón y medio de derivaciones; inician tratamiento más de un millón (70%); el 89% de los cuales se les atiende en menos de seis semanas; se obtiene un 51% de recuperación con menos de siete sesiones de psicoterapia<sup>5</sup>.

Hay varias razones que apoyan la propuesta de una consulta de PC en AP: 1) Los MAP están sobrecargados: atienden las demandas agudas de su cupo, hacen intervenciones preventivas, cirugía menor ambulatoria, gestionan las bajas laborales... Su cartera de servicios va a más, sin que los cupos vayan a menos. 2) La formación de los MAP en salud mental se dirige a realizar un diagnóstico temprano e iniciar, generalmente, un tratamiento farmacológico. 3) Los psicólogos clínicos están especialmente formados para tratar los problemas de salud mental, acortando los plazos para recibir una atención cualificada y eficaz, que supone, probablemente, menor gasto farmacéutico y menos días de baja laboral<sup>6</sup>.

Según los resultados del estudio PicAP presentados en febrero de 2017, se consigue un 70% de recuperación con el tratamiento psicológico -67% ansiedad y 72% depresión-; tres veces más que con el tratamiento habitual en AP -27,4% y 24,2%, respectivamente<sup>6</sup>-. Los costes de la depresión, la ansiedad y las somatizaciones, en España, alcanzan los 23.000 millones de euros en 2010, un 2,2% de PIB y más de la mitad de los costes anuales en salud mental<sup>7</sup>. La depresión es la cuarta causa que más contribuye al aumento de años con discapacidad -35% entre 1990 y 2010-<sup>8</sup>. Los trastornos emocionales -depresión<sup>9</sup>, ansiedad<sup>10</sup> y trastornos adaptativos<sup>11</sup>- acarrear procesos de incapacidad temporal (IT) de duración 3-4 veces mayor que la considerada óptima por el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS)<sup>6</sup>. Se espera que los tratamientos psicológicos en AP ofrezcan una respuesta más eficaz y eficiente, como ya se ha demostrado<sup>6</sup> y, lógicamente, debe repercutir en una reducción del gasto farmacéutico y de los costes por incapacidad temporal debidos a los problemas de salud mental<sup>6</sup>.

La atención psicológica en AP se desarrolla en diferentes formatos: en unos casos los psicólogos clínicos de las Unidades de Salud Mental (USM) se desplazan a los CS como programa de enlace; en otros son los PIR de cuarto año quienes ofrecen este servicio. La consulta de PC en AP es valorada positivamente por pacientes y profesionales<sup>12</sup>. Duro<sup>13</sup> enfatiza que el Psicólogo Clínico en AP ha de promover que el usuario sea el protagonista de su mejoría,

potenciando su empoderamiento y optando por intervenciones con objetivos definidos y con un encuadre temporal limitado.

La ventaja de este planteamiento es aumentar la accesibilidad a los recursos que ofrece la PC, siendo el tratamiento psicológico eficaz para los trastornos mentales más comunes<sup>6</sup>. Por ejemplo, NICE la recomienda como de primera elección para trastornos como la depresión leve y moderada<sup>14</sup> y para los trastornos de ansiedad -crisis de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada-.

## MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio describe los resultados obtenidos por los pacientes tratados con psicoterapia por la R4, durante su rotación en AP, consulta ambulatoria en el CS Nova Santos (Área Sanitaria de Ourense), que atiende un área urbana, donde prestan servicio 20 médicos de familia, 4 pediatras, 22 enfermeros, 3 trabajadores sociales y el personal administrativo y auxiliar.

El período estudiado corresponde al tercer año consecutivo que una R4 rota en este CS. Los dos primeros meses la R4 asiste a las consultas de los demás profesionales para conocer su trabajo y ofrecer su disponibilidad. A partir del tercer mes se programa un día de consulta semanal durante un año, para dar continuidad asistencial y consolidar la consulta a lo largo de tiempo -cada nueva R4 empieza cuando termina su rotación la anterior- La PIR participa en las sesiones clínicas del CS, facilitando su integración en el equipo. Las primeras consultas de PC se tramitan a través de dos Médicos de Familia, quienes recogen los motivos de derivación y datos personales de los pacientes para que la R4 contacte con ellos a fin de citarles con brevedad. Los criterios de derivación quedan a juicio de los profesionales (MAP, Pediatría, Trabajo Social...) que, ante motivos de consulta de índole psicológica ofrecen al paciente la posibilidad de una consulta en PC.

Entre junio 2016 y mayo 2017 se atienden a 64 personas; 46 reciben tratamiento psicoterapéutico en formato individual o familiar, 13 asisten a intervenciones grupales, 3 realizan una valoración cognitiva, otra es una valoración diagnóstica previa a la Consulta de Atención Temprana y otra consulta es no calificable como psicoterapia. Se evalúa el resultado de los 46 tratamientos psicológicos aplicados por la PIR con la metodología propia de la TFSB, 71,7% mujeres, media de 40,7 años, 82,6% derivados por su MAP, 10,9% por Trabajo Social y 6,5% acuden a petición propia. Las quejas encajan con diagnósticos de "Trastorno de Adaptación" (F43.2), "Trastorno mixto ansioso-depresivo" (F41.2), "Problemas conyugales" (Z63.0) y de "Relación paterno filiales" (Z63.8). Todos los tratamientos psicoterapéuticos se realizan desde el enfoque de la TFSB.

La TFSB asume los planteamientos teóricos de la Teoría General de Sistemas<sup>15</sup>, del Constructivismo Radical<sup>16</sup> y de la Teoría de la Comunicación Humana<sup>17</sup>. Aplica fundamentalmente las técnicas derivadas de la Terapia Familiar Estratégica del Mental Research Institute (MRI)<sup>18</sup> y de la Terapia Centrada en Soluciones<sup>19,20</sup>, y de otras escuelas de psicoterapia, integrándolas con los planteamientos teóricos que conforman el punto de vista desde el que se entienden los problemas humanos<sup>21</sup>.

En la primera consulta se registra la edad, sexo, diagnóstico, si han tenido algún tratamiento anterior (psicológico o psicofarmacológico), fechas de derivación y de primera consulta, el

derivante (MAP, Trabajo Social o A demanda), tiempo de evolución del problema (Menos de seis meses; Entre seis meses y dos años; Más de dos años) y los datos específicos que se necesitan para aplicar TFSB: "Objetivos" de la intervención, acordados entre pacientes y terapeuta -se clasifican en observables SÍ/NO-; "Soluciones intentadas", esfuerzos realizados para abordar el problema que no han tenido el resultado deseado<sup>18</sup> cada uno se clasifica en una de las cinco categorías que define el MRI<sup>18</sup> para definir la estrategia a seguir para resolver el problema. En cada sesión se registra el punto de vista de paciente y terapeuta sobre la evolución -"Mejoría" (Peor/Igual/Mejor)-. Al final del tratamiento se anota la fecha y el "Tipo de finalización" -Final pactado: tras acuerdo entre paciente y terapeuta/Final unilateral: el paciente no acude a una consulta fijada-, el "Número de sesiones" y el "Resultado final" -Abandono (se concerta una segunda sesión a la que no acuden); Éxito/Fracaso (ver criterios en el cuadro 1)<sup>21</sup>.

**Cuadro 1: Indicadores recogidos durante la terapia.**

	INDICADOR	DEFINICIÓN*
Sistema familiar: Informe del paciente	Informe sobre la queja	-1: Peor; 0: Igual; 1: Pequeña mejoría; 2: Mejoría; 3: Resolución total.
	Habla en pasado	0: No; 1: Si
Sistema Familiar: Informe del acompañante	Informe sobre la queja	-1: Peor; 0: Igual; 1: Pequeña mejoría; 2: Mejoría; 3: Resolución total.
	Habla en pasado	0: No; 1: Si
Sistema Terapéutico: Informe del observador	Informe sobre la queja	-1: Peor; 0: Igual; 1: Pequeña mejoría; 2: Mejoría; 3: Resolución total.
	Informe sobre el proceso	-1: Peor; 0: Igual; 1: Pequeña mejoría; 2: Mejoría; 3: Resolución total.
Sistema Terapéutico: Informe del terapeuta	Informe sobre la queja	-1: Peor; 0: Igual; 1: Pequeña mejoría; 2: Mejoría; 3: Resolución total.
	Informe sobre el proceso	-1: Peor; 0: Igual; 1: Pequeña mejoría; 2: Mejoría; 3: Resolución total.
	Objetivos	0: No conseguido; 1: Conseguido parcialmente; 2: Totalmente conseguido

\* Los valores "-1" y "0" son indicadores de fracaso; los de "1", "2" y "3" lo son de éxito. Se considera "éxito" cuando tiene, al menos, tres indicadores favorables.

En cada sesión se aplican las escalas ORS (rango 0 a 40, punto de corte clínico, 25)<sup>22</sup> y la Escala de Avances (rango de 1 a 10)<sup>23</sup> para monitorizar la evolución, y la escala SRS (rango 0 a 40, punto de corte clínico, 36)<sup>24</sup> para valorar la alianza terapéutica desde la perspectiva del paciente. Estas escalas son sencillas de responder para cualquier paciente, relevantes para la evolución de la queja (ORS) y la relación terapéutica (SRS) y con indicadores de fiabilidad y validez aceptables<sup>22,23</sup>.

En esta investigación naturalista se comparan los grupos de:

- "No-abandono" frente a "Abandono" (casos que no acuden a la segunda sesión concertada en la primera. Por definición son casos de una sola entrevista).
- "Éxito" frente a "Fracaso" (Ver criterios en el Cuadro 1).
- "Final Pactado" frente a "Final Unilateral" (casos que no acuden a cualquier consulta programada).

Se aplica un diseño cuasi experimental de series cronológicas con medidas del resultado y de la alianza terapéutica en cada sesión. Se utiliza ANOVA para la significación de diferencias de medias en las variables continuas -U de Mann-Whitney cuando las varianzas no son homogéneas- y chi-cuadrado para las diferencias de proporciones en las variables categóricas -estadístico exacto de Fisher cuando hay casillas con una frecuencia esperada menor que 5-. Para las comparaciones pre/post se utiliza la t de Student.

## RESULTADOS

De los 46 pacientes tratados con TFSB, 39 (85%) se atienden en formato individual. La media de sesiones es 3,74 (DT=2,65). En la Tabla 1 se describen las variables clínicas y específicas del tratamiento aplicado y las de resultado. Abandonan un 13% de los casos; de los 40 que continúan, 54% terminan tras ponerse de acuerdo paciente y terapeuta. Nueve de cada diez son calificados como éxito (ver Tabla 1). El tiempo en lista de espera es inferior a 15 días para el 61% de casos.

**Tabla 1. Variables clínicas, específicas de la TFB y de resultado.**

	n	%
Tiempo de evolución		
< 6 meses	3	6,5
> 6 meses y < 2 años	27	58,7
> 2 años	16	34,8
Tratamiento anterior		
Con tratamiento anterior	27	58,7
Sin tratamiento anterior	19	41,3
Tiempo de espera 1ª consulta		
< 15 días	28	60,9
≥ 15 días	18	39,1
Formato		
Individual	39	84,8
Familiar	7	15,2

Tipo de Finalización		
Final unilateral	16	34,8
Final pactado	25	54,3
Final por derivación*	5	10,9
Abandono/No abandono		
Abandono	6	13
No abandono	40	87
Resultado Final		
Éxito	36	90,0
Fracaso	4	10,0

(\*) Casos que continúan tratamiento con otro profesional, por tanto, solo terminan a efectos de este estudio y no quedan clasificados en ninguno de los dos tipos de terminación.

**Tabla 2. Comparación de la puntuación ORS, Escala de Avance y SRS en Primera y Última Sesión entre los grupos de "Éxito" y "Fracaso".**

		N (37)	Éxito	Fracaso	Dif.	P
ORS Primera	Media (DT)	34/3	20,1 (8,3)	18,3 (4,7)	1,8	.719
	% bajo punto de corte	25/3	73,5	100,0	-26,5	(.562)
ORS Última	Media (DT)	34/3	26,3 (8,9)	18,0 (8,2)	8,3	.130
	% bajo punto de corte	13/2	38,2	66,7	-28,5	.554
E. Avance Primera	Media (DT)	34/3	3,9 (1,8)	1,7 (2,1)	2,1	.055
E. Avance Última	Media (DT)	34/3	6,1 (2,4)	2,0 (2,0)	4,1	.007*
SRS Primera	Media (DT)	34/3	36,9 (3,6)	38,7 (2,4)	-1,9	.405
	% bajo punto de corte	8/0	23,5	0,0	23,5	1.000
SRS Última	Media (DT)	34/3	38,5 (2,5)	40,0 (0,0)	-1,5	.228
	% bajo punto de corte	3/0	8,8	0,0	8,8	1.000

\*\*\* Estadísticamente significativo.

En los casos en que no se ha utilizado chi cuadrado, se ha utilizado el estadístico de Fisher porque había un número de casillas con una frecuencia esperada inferior a 5.

Se utiliza la U de Mann-Whitney cuando las varianzas no son homogéneas en el caso que se estén comparando medias.

Las diferencias entre "Éxito" y "Fracaso" no son significativas en sexo ( $p=.194$ ) y edad ( $p=.700$ ); los "Éxitos" tienen menos sesiones

que los "Fracasos" (2,5/4,3;  $p=.008$ ). En la Tabla 2, 3 y 4 se muestran las puntuaciones en ORS, Escala de Avance y SRS. En la primera sesión las puntuaciones son similares y en la última sesión la diferencia se amplía en ORS ( $p=.130$ ) y en la Escala de Avances ( $p=.007$ ); no en SRS. En el grupo de *Fracaso* la puntuación ORS no cambia de la primera a la última sesión, mientras que en el grupo de *Éxito* aumenta 6 puntos entre esas dos sesiones.

Entre el grupo de *Abandono* y *No Abandono* no hay diferencias en ORS, ni en SRS; sí en la Escala de Avances: los que no abandonan puntúan más bajo (3,7/5,7;  $p=.022$ ). Quienes abandonan valoran mejor su situación respecto al tema consultado que los sí acuden. Al comparar la única sesión del grupo *Abandono* con la última sesión de los que continúan tratamiento, no hay diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 3. Comparación de la puntuación ORS, Escala de Avance y SRS en Primera y Última Sesión entre los grupos de "No abandono" y "Abandono".**

		N (43)	No Abandono	Abandono	Dif.	P
ORS Primera	Media (DT)	37/6	20,0 (8,1)	21,3(5,1)	-1,3	.693
	% bajo punto de corte	28/5	75,7	83,3	-7,6	1.000
ORS Última	Media (DT)	37/6	25,6 (9,0)	21,3(5,1)	4,3	.269
	% bajo punto de corte	15/5	40,5	83,3	-42,8	.081
E. Avance Primera	Media (DT)	37/6	3,7 (1,9)	5,7(1,9)	-2,0	.022*
E. Avance Última	Media (DT)	37/6	5,8 (2,6)	5,7(1,9)	0,1	.899
SRS Primera	Media (DT)	37/6	37,0 (3,5)	37,0(2,8)	0,0	1,000
	% bajo punto de corte	8/2	21,6	33,3	-11,7	.611
SRS Última	Media (DT)	37/6	38,6 (2,4)	37(2,8)	1,6	.144
	% bajo punto de corte	3/2	8,1	33,3	-25,2	.135

\*\*\* Estadísticamente significativo.

En los casos en que no se ha utilizado chi cuadrado, se ha utilizado el estadístico de Fisher porque había un número de casillas con una frecuencia esperada inferior a 5.

Por último, al comparar el "Final pactado" con el "Final unilateral" solo una de las diferencias resulta estadísticamente significativa: en la última sesión el porcentaje de casos por debajo del punto de corte clínico en ORS es menor cuando el final es pactado que cuando lo es unilateral (30%/62%;  $p=.047$ ).

**Tabla 4. Comparación de la puntuación ORS, Escala de Avance y SRS en Primera y Última Sesión entre los grupos de "Final pactado" y "Final unilateral".**

		N (39)	Final pactado	Final unilateral	Dif.	P
ORS Primera	Media (DT)	23/16	20,4 (7,8)	20,0 (8,0)	0,4	.893
	% bajo punto de corte	17/13	73,9	81,3	-7,4	.711
ORS Última	Media (DT)	23/16	26,8 (9,6)	23,7 (7,2)	3,1	.292
	% bajo punto de corte	7/10	30,4	62,5	-32,1	.047*
E. Avance Primera	Media (DT)	23/16	3,9 (1,8)	3,9 (2,5)	0,0	.972
E. Avance Última	Media (DT)	23/16	6,1 (2,8)	5,7 (2,1)	0,4	.599
SRS Primera	Media (DT)	23/16	36,7 (4,1)	37,4 (2,7)	-0,7	.589
	% bajo punto de corte	6/2	26,1	12,5	13,6	.432
SRS Última	Media (DT)	23/16	38,6 (2,3)	38,4 (2,9)	0,2	.781
	% bajo punto de corte	2/2	8,7	12,5	-3,8	1.000

\*\*\* Estadísticamente significativo.

En los casos en que no se ha utilizado chi cuadrado, se ha utilizado el estadístico de Fisher porque había un número de casillas con una frecuencia esperada inferior a 5.

Globalmente la puntuación en ORS y en la Escala de Avances aumenta entre la primera y la última sesión (4,84 y 1,84, respectivamente) y se mantiene constante en SRS.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El grupo de casos tratados tiene características sociológicas (sexo, edad...) similares a los de otros estudios comparables<sup>25,26,27</sup>, con un número medio de consultas parecido<sup>25,26,27</sup> y un tiempo inferior en lista de espera<sup>25,26</sup>.

Las puntuaciones en ORS y Escala de Avances mejoran en el grupo de éxito. Los pacientes piensan que están mejor al final que al principio del tratamiento; mientras que estas puntuaciones se mantienen invariables en el grupo de fracaso. Esto parece indicar que ORS es sensible al resultado de la intervención psicoterapéutica tal y como piensan sus autores<sup>22</sup>. En cambio, las puntuaciones en SRS no son diferentes entre los grupos de "Éxito" y "Fracaso". Este resultado podría ser atribuible al n de la muestra (el grupo "Fracaso" está constituido por 4 casos); pero también

puede interpretarse en términos de que los pobres resultados no necesariamente penalizan la alianza terapéutica. La asociación entre alianza y resultado terapéutico cuenta con buen apoyo empírico<sup>28</sup>. La intensidad de esta asociación es moderada<sup>28</sup>, lo que supone que ni los malos resultados se pueden atribuir siempre a una baja alianza, ni la alianza baja cuando no se obtienen los resultados esperados.

Que los pacientes que abandonan puntúen su queja por encima de 5 en la Escala de Avances supone que no perciben su malestar actual como excesivamente doloroso y, por tanto, puede considerarse que uno de los posibles motivos de abandono sea que no se perciben como demasiado necesitados de tratamiento.

Por otra parte, se observa una tendencia a que quienes ponen fin al tratamiento de forma unilateral puntúen en ORS más frecuentemente por debajo del punto de corte clínico, que los que finalizan el tratamiento de acuerdo con la terapeuta (p = .047). La diferencia en la media es pequeña (3,1 puntos) y no significativa (p = .292), pero se puede entender que dejar el tratamiento a medias puede ser una señal de disconformidad con el resultado que se está obteniendo.

En conjunto, los resultados son alentadores: mejoran 9 de cada diez casos atendidos. Ellos informan de mejoría clínicamente significativa: aumento de la puntuación ORS superior a cinco puntos<sup>22</sup>. La accesibilidad al tratamiento psicológico en AP es mejor que en especializada (15 días de espera) y NICE reconoce su eficacia para tratar síntomas de ansiedad y depresión<sup>14</sup>. Se aplica TFSB, que se adapta especialmente bien en AP<sup>29,30</sup>, porque es un tratamiento breve y efectivo<sup>31</sup> y facilita que los pacientes sean los protagonistas del cambio. Evaluar los resultados avala el método elegido, su ajuste a AP y la habilidad de la terapeuta para utilizarlo. Sería necesario hacer un seguimiento de la evolución de los casos para lo cual se cuenta con un protocolo<sup>21</sup> y con la posibilidad de aplicarlo en la rotación del PIR del año siguiente.

Solicitar al paciente *feedback* sobre la evolución de su queja (ORS y Escala de Avances) y su opinión sobre la relación terapéutica (SRS) constituye un elemento importante de la intervención porque le hace protagonista del cambio, facilita el ajuste de la terapeuta, mejora la alianza terapéutica y aumenta las probabilidades de eficacia de la intervención. Además, es una oportunidad de autocrítica y aprendizaje permanentes para terapeutas.

¿El tratamiento psicológico es siempre beneficioso? 4 de los 46 casos tratados no obtuvieron beneficios para sus quejas. El fácil acceso al tratamiento psicológico puede llevar a un exceso de derivaciones -reacciones adaptativas, eventos vitales que pueden remitir espontáneamente- a las que aplicar un tratamiento psicológico "reglado" convierte en problema lo que no lo es. La coordinación y adecuada valoración global del paciente en su contexto -familiar y social-, realizando una consulta/supervisión puntual con el PC para que la atención al paciente siga en la consulta ordinaria, minimizan este riesgo.

Que el PIR forme parte del Equipo de AP reduce la carga de trabajo de los profesionales y mejora la coordinación, ya que la proximidad facilita la cooperación, la valoración conjunta de las derivaciones y el progreso de los tratamientos. Como apunta Duro<sup>13</sup>, se pasa de "derivar" a "compartir" y esto favorece la no psicopatologización, elimina la estigmatización propia de la atención en especializada y

potencia la percepción de autoeficacia de pacientes y profesionales. Además, que un PC participe en los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad e intervención en enfermedades físicas, posibilita un abordaje multidisciplinar para tratar más directamente las actitudes, expectativas y adhesión al tratamiento de los pacientes.

A pesar de las limitaciones de este estudio -n bajo y ausencia de grupo control-, pensamos que ofrecer atención psicológica en los centros de AP está siendo de utilidad para pacientes y profesionales de AP. La rotación del PIR en AP es una experiencia muy positiva por la participación en el equipo. Creemos que los más beneficiados son los pacientes, mejorando el acceso a los tratamientos psicológicos que contribuyen a disminuir la cronificación y el consumo de medicación y a mejorar su calidad de vida.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la contribución de los profesionales del Centro de Salud Novoa Santos (EOXI Ourense).

Agradecemos enormemente a Mercedes Adelaida Hernández Gómez y a Manuel Fernández Lobelle, referentes en el descubrimiento de la Atención Primaria desde el lado profesional, sin su apoyo y guía este trabajo no hubiera sido posible.

Finalmente agradecer a José Javier González Hermida su apoyo y confianza durante estos cuatro años de formación especializada.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Álvarez, E & Gastó, C. Sintomatología depresiva en Atención Primaria: Algoritmos diagnósticos y terapéuticos. Barcelona: Editorial MD; 2003.
2. Gili M, Roca M, Basu S, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23:103–8.
3. Turpin, G., Richards, D. Hope, R. y Duffy, R. Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo* 2008; 29(3): 71-0.
4. Clark, D.M, Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A, Suckling R. y Wright, B. Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy* 2009; 47: 910-20.
5. Psychological Therapies: Annual report on the use of IAPT services (England 2017-18). Community and Mental Health team, NHS Digital, <https://files.digital.nhs.uk/52/D3168F/psych-ther-2017-18-ann-rep.pdf> ; 2018 [consultada el 22 de octubre de 2019].
6. Cano Vindel, A. Psicología Clínica en Atención Primaria. Universidad Complutense de Madrid. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), [https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12558/Psicologia\\_Clinica\\_en\\_Atencion Primaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12558/Psicologia_Clinica_en_Atencion Primaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y); 2016. [consultada el 22 de octubre de 2019].
7. Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS One*, 9(8), e105471. <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0105471&type=printable> [consultada el 22 de octubre de 2019].
8. Lara, E., Garin, N., Ferrari, A. J., Tyrovolas, S., Olaya, B., Sánchez-Riera, L., Haro, J. M. (2015). The Spanish Burden of Disease 2010: Neurological, mental and substance use disorders. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental (English Edition)*, 8(4), 207–217.
9. Catalina Romero, C., Cabrera Sierra, M., Sainz Gutiérrez, J. C., Barrenechea Albarrán, J. L., Madrid Conesa, A., & Calvo Bonacho, E. Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo. *Revista de Calidad Asistencial* 2011; 26(1), 39–6.
10. Catalina-Romero, C., Martínez-Muñoz, P., Quevedo-Aguado, L., Ruiz-Moraga, M., FernándezLabandera, C., & Calvo-Bonacho, E. Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. *Gaceta Sanitaria* 2013; 27(1), 40–6.
11. Catalina-Romero, C., Pastrana-Jiménez, J. I., Tenas-López, M. J., Martínez-Muñoz, P., RuizMoraga, M., Fernández-Labandera, C., & Calvo-Bonacho, E. (2012). Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occupational Medicine* 2012; 62(5), 375–8.
12. Ruiz Torres, M., Martín Gutiérrez, M., Echebarría Alegría, S., Hernández de Hita, F., Gómez Magariños, S., Ramos Barrón, C. et al. Estudio descriptivo de una rotación PIR en un centro de salud de Cantabria. Comunicación oral en *Jornada Psicología Clínica en Atención Primaria. Una necesidad y un derecho de las personas*, <https://www.cop.es/uploads/PDF/09.Ruiz-Martin-Echebarria-Hernandez-Gomez-Ramos-Gonzalez-Blanch.pdf> 2012 [consultada el 22 de octubre de 2019].
13. Duro, J. C. Psicología Clínica en Atención Primaria de Salud: ¿Por qué, para qué y cómo?, <http://www.infocoponline.es/pdf/PSICOLOGIACLINICAENAP2.pdf> 2016 [consultada el 22 de octubre de 2019].
14. NICE. Common Mental Health Disorders. Leicester (UK): British Psychological Society, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>; 2011 [consultada el 22 de octubre de 2019].
15. Bertalanffy, L. Teoría General de los Sistemas. México: FCE; 1976.
16. Watzlawick, P. ¿Es Real la Realidad? Barcelona: Herder; 1979.
17. Watzlawick, P, Beavin, J. H. y Jackson, D.D. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder; 1981.
18. Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. La Táctica del Cambio: cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder; 1984.
19. Shazer, S. de. Claves para la solución en Terapia Breve. Barcelona: Paidós; 1986.
20. Shazer, S. de. Pautas de Terapia Familiar Breve. Barcelona: Paidós; 1987.

21. Weiner-Davis, M. de Shazer, S. y Gingerich, W.J. "Desarrollo del cambio pretratamiento para construir la solución terapéutica: Un estudio exploratorio". En (Beyebach y Rodríguez-Arias eds.) *Terapia Familiar. Lecturas I*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca; 1988.
22. Rodríguez-Arias Palomo, J.L. y Venero Celis, M. *Terapia Familiar Breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid: Editorial CCS; 2006.
23. Miller, S. D., Duncan, B.L., Brown, J., Sparks, J.A. y Claud D.A. The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2003; 2(2), 91-100.
24. de Shazer, S. *Patterns of Brief Family Therapy. An Ecosystemic Approach*. New York: Guilford Press; 1982.
25. Johnson, L.D., Miller, S.D. y Duncan, B.L. *The Session Rating Scale 3.0*. Chicago: Authors ; 2000.
26. Pérez-Ibáñez, O., García-Pedrajas, C., Grases, N., Marsó, E., Cots, I., Aparicio, S. et al. Programa de soporte a la primaria: Un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2015; 35 (126), 257-66.
27. Sánchez-Reales, S., Tornero-Gómez, M.J., Martín-Oviedo, P., Redondo Jiménez, M. y del Arco Jódá, R. *Psicología Clínica en Atención Primaria: descripción de un año de asistencia*. *Semergen*, 2015; 41 (5), 254-60.
28. Delgadillo, J., McMillan, D., Lucock, M., Leach, C., Ali, S. et al. (2014). Early changes, attrition, and dose-response in low intensity psychological interventions. *British Journal of Clinical Psychology*, 2014; 53 (1), 114-30.
29. Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 1991; 38, 139- 149.
30. Real MA, Rodríguez-Arias JL, Real M, de la Cueva F. *Terapia Familiar Breve en Atención primaria*. [www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com) Formación Acreditada. Programa anual 2003.
31. Combarro Mato J, Rodríguez Viña ME, Rozadilla Arias A, Cerecedo Pérez MJ, Pérez Fernández A, Rodríguez-Arias JL et al. Llaves, destornilladores, tijeras, cinta aislante... otras herramientas en Atención Primaria. (Evaluación de la adhesión y aplicabilidad declarada de una formación en Terapia Familiar Breve dirigida a médicos de AP). *Cadernos de Atención Primaria*, 2016; 22 (Nº extraordinario), 24-28
32. Rodríguez-Arias JL, Otero M, Venero M, Ciordia N, Fondó P. Estudio de evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve. *Papeles del Psicólogo*, 2004; 25(87), 20-28.

#### PUNTOS CLAVE

#### HECHOS CONOCIDOS

Los problemas de salud mental son muy frecuentes en las consultas de Atención Primaria y el abordaje que se realiza de los mismos suele ser sólo de tipo farmacológico, por ser la herramienta más accesible y rápida de la que disponen los profesionales de AP.

El tratamiento psicológico ha demostrado ser eficaz y eficiente para la mayoría de problemas de salud mental. En varios lugares se han integrado psicólogos clínicos en AP que se encarguen del tratamiento de este tipo de problemas, lo que mejora la atención a estos pacientes y reduce costes directos e indirectos derivados de estos problemas.

#### APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

La mayor parte de los estudios que se han realizado en AP (PsicAP) proponen un modelo de intervención psicológica de tipo cognitivo-conductual. En este estudio se ha aplicado la Terapia Familiar Sistémica Breve y se ha analizado su eficacia.

Los resultados muestran la TFSB como un tratamiento eficaz para mejorar los problemas de salud mental de los pacientes de AP, que se adapta especialmente bien a este contexto de atención, además de estar bien valorado por los propios pacientes y profesionales.

Es importante monitorizar las intervenciones que realizamos en salud mental para poder determinar qué es lo que funciona y cómo, y así poder implementarlo, con la idea de mejorar el aprovechamiento de los recursos invertidos.

Cada vez es más importante conocer el punto de vista de los usuarios sobre la atención que se les da en salud mental, para que así sean protagonistas de su propio cambio. Así, se mejora la adherencia a los tratamientos y éstos se vuelven más efectivos.

# Apoyo social en enfermos renales de bajos recursos que reciben diálisis peritoneal en su domicilio.

Social support in low-income kidney patients receiving peritoneal dialysis at home.

María Adriana Cecilia Cruz Flores<sup>1</sup>

Cad. Aten. Primaria  
Año 2020  
Volume 26 (1)  
Pág. 11-16

<sup>1</sup> UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-UNIDAD XOCHIMILCO, CALZADA DEL HUESO 1100, COL. VILLA QUIETUD; ALCALDÍA DE COYOACÁN, CDMX., CP. 04960.CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: María Adriana Cecilia Cruz Flores. e-mail: [maccruz@correo.xoc.uam.mx](mailto:maccruz@correo.xoc.uam.mx)

## RESUMEN

Se realizó un estudio cualitativo en una localidad urbana de la ciudad de México con el objetivo de describir como perciben el apoyo social los enfermos renales de bajos recursos que se encuentran en edad productiva y reciben diálisis peritoneal en su hogar. Los estudios sobre el apoyo social, en el campo de la salud con personas con enfermedad renal crónica, han puesto énfasis en el afrontamiento de la enfermedad, supervivencia y apego al tratamiento, pero hay poca información que de cuenta de cómo los enfermos renales conciben esta ayuda, cuando se encuentran en una edad en que deberían estar sanos y productivos y, carecen de recursos económicos para hacer frente a la enfermedad y solventar el tratamiento. Se define como apoyo social las interacciones o relaciones sociales que ofrecen al individuo asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo, el cual proviene generalmente del cónyuge, hijos y parientes, así como también de amigos y colegas. Participaron cinco sujetos que cumplieron con las características de inclusión. El diseño fue interpretativo desde la fenomenología social y el análisis fue de contenido. Los hallazgos aluden que la edad y la situación socioeconómica de los participantes influyen en la percepción sobre el apoyo que les brinda la familia. Se hace necesario explorar los significados que adquiere el apoyo social que se proporciona a los enfermos renales desde el núcleo familiar, al ser la fuente primaria de apoyo e identificar los determinantes sociales que permean la vida de los enfermos, para poder plantear programas preventivos de salud acordes a la realidad de cada enfermo y su familia.

**Palabras clave:** apoyo social, percepción, enfermedad renal crónica, diálisis peritoneal, condición social.

## ABSTRACT

A qualitative study was carried out in an urban town in Mexico City with the objective of describing how low-income renal patients who are of productive age and receive peritoneal dialysis in their home perceive social support. Studies on social support, in the field of health with people with chronic kidney disease, have placed emphasis on coping with the disease, survival and adherence to treatment, but there is little information that accounts for how renal patients conceive this It helps, when they are at an age when they should be healthy and productive, and they lack the financial resources to cope with the disease and solve the treatment. Social support is defined as social interactions or relationships that offer the individual real assistance or a feeling of connection to a person or group, which usually comes from the spouse, children and relatives, as well as friends and colleagues. Five subjects who met the inclusion characteristics participated. The design was interpretive from social phenomenology and the analysis was contained. The findings allude that the age and socioeconomic status of the participants influence the perception of the family's support. It is necessary to explore the meanings acquired by social support is provided to renal patients from the family nucleus, being the primary source of support and identify the social determinants that permeate the lives of the patients, in order to propose appropriate preventive health programs to the reality of each patient and his family.

**Keywords:** social support, perception, chronic kidney disease, peritoneal dialysis, social conditions.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años la enfermedad renal crónica (ERC) ha cobrado relevancia como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial<sup>1</sup> debido a la alta demanda de atención y cuidado que implica su alta prevalencia, lo que deriva en altos costos para el sistema de salud, los enfermos y sus familias.

La ERC al ser una enfermedad progresiva y limitante, altera el mundo cotidiano y socialmente establecido<sup>2</sup> de las personas que cursan con este padecimiento, como consecuencia del deterioro en su salud y calidad de vida, que se agudiza cuando se presenta en individuos de bajos recursos y carentes de servicios de seguridad social<sup>3</sup>.

Ante la presencia de una enfermedad crónica, la familia se convierte en la primer fuente de apoyo para el enfermo

para hacer frente a la enfermedad y su nueva situación de vida<sup>4</sup>; no obstante, el soporte que ésta proporciona puede influir en conductas que favorecen la adherencia al tratamiento o bien, en conductas de riesgo que impiden la estabilidad de la enfermedad<sup>5</sup>.

Se define como apoyo social a las interacciones o relaciones sociales que ofrecen al individuo asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo<sup>6</sup>, el cual proviene generalmente del cónyuge, hijos y parientes, así como también de amigos y colegas<sup>7</sup>.

Diversos estudios han evidenciado que el apoyo social ejerce un efecto protector sobre el estado de salud y sirve como un amortiguador en los efectos del estrés psicosocial y físico en los individuos<sup>8</sup>, se asocia con una mejor supervivencia, menor depresión<sup>9</sup> y mayor cumplimiento de la medicación que les permite a los enfermos renales en etapa crónica prolongar su supervivencia.<sup>4, 10, 11</sup> No obstante, en ocasiones las acciones que se brindan no son suficientes para mejorar el bienestar de las personas que las reciben. Estrella y Garcés<sup>12</sup> refieren que es necesario que las personas a las que se les brinda la ayuda se perciban favorecidas.

Se ha encontrado evidencia empírica que el apoyo social percibido tiene mayor impacto en la salud que el recibido.<sup>13, 14</sup> En este mismo sentido, Castro<sup>15</sup> señala que éste, no es sólo un evento episódico, ni un beneficio físico que se recibe cuando se necesita, el acto mismo de brindar sostén a una persona puede ocasionar como resultado un efecto negativo para la salud; por tanto, sus efectos varían de acuerdo a la fuente que lo provee y al problema por el que se solicita, así como a la etapa de vida en la que se encuentre la persona, la personalidad de ésta<sup>14</sup>, al contexto social en el cual emerge y a los estilos de afrontamiento que sirven como moduladores de su efectividad<sup>10</sup>.

Diversos instrumentos han sido empleados para valorar las dimensiones del apoyo social y su tamaño<sup>16, 17</sup> pero poco se ha explorado desde una mirada cualitativa, sobre la percepción que tienen los enfermos renales en diálisis peritoneal en relación a la ayuda que brinda la familia, cuando se vive en contextos sociales permeados por ciertos determinantes sociales como es el trabajo y la salud.

Bajo el planteamiento anterior, este estudio tuvo como objetivo describir cómo perciben los enfermos renales que reciben diálisis peritoneal en casa, el apoyo que les brinda la familia cuando se tiene una edad productiva y se viven en condiciones precarias.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo de enero a julio de 2018, con cinco personas, tres mujeres y dos varones, residentes de una localidad urbana de bajos recursos, ubicada en la zona oriente de la ciudad de México, que cumplían con las características de inclusión: a) tener entre 18 y 59 años; b) vivir en la localidad seleccionada; c) tener o haber tenido un trabajo fijo y d) recibir diálisis peritoneal en casa. La selección de los participantes, fue por medio de un muestreo intencional a través de la técnica de bola de nieve<sup>18</sup>. El estudio fue interpretativo bajo el método de la fenomenología social, la cual se centra en el estudio "del mundo percibido y no en un fenómeno en sí mismo, del tal suerte que el sujeto y el objeto de estudio se unen por medio de las ideas de "intersubjetividad" y "estar en el

mundo"<sup>19</sup>. A través de este enfoque se buscó comprender el apoyo social como parte de la experiencia humana de los enfermos renales tal y como se percibe en su subjetividad.

Se contactó a los participantes en su hogar, ahí se les informó sobre el objetivo del estudio y se hizo énfasis que podían retirarse de la investigación en cualquier momento. Si bien, no se cuenta con un registro ante una Comisión de ética, por el número de participantes, se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki<sup>20</sup> y de las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética<sup>21</sup>, documentos que buscan proteger la integridad física y mental de los participantes en la investigación. Se firmó un consentimiento y los nombres de los participantes se cambiaron para salvaguardar su identidad y anonimato.

Se aplicaron entrevistas abiertas<sup>22</sup> las cuales fueron audiograbadas y transcritas literalmente. Se recurrió a la observación participante y se tomaron notas de campo. El texto de cada una de las entrevistas fue exportado al software Atlas-TI, versión 8.1. para su codificación. El tratamiento de la información siguió los pasos propuestos por Colaizzi (1978)<sup>23</sup> (Cuadro 1). Para validar la calidad de la información, se partió de los criterios de credibilidad, transferibilidad, fiabilidad y confirmabilidad reportados por Lincoln y Guba<sup>24</sup>.

**Cuadro 1. Pasos seguidos en el análisis de entrevistas de acuerdo al método Colaizzi (1978).**

1	Se escucharon las grabaciones de las entrevistas varias veces, para transcribirlas y leer y, volver a leer las transcripciones.
2	Se seleccionó de cada transcripción la información considerada significativa sobre el tema.
3	En cada párrafo seleccionado, se aplicó un código a las declaraciones significativas (unidades de significado).
4	Se ordenaron los significados para generar categorías.
5	Se compararon las transcripciones y categorías varias veces para identificar cualquier discrepancia y validar los resultados.
6	Se identificaron los temas que daban sentido al fenómeno de estudio, en este caso, al apoyo social.
7	Se presentaron las transcripciones a los participantes con el objetivo de validar la información.

*Elaboración propia. Información tomada del artículo de Carolyn Sanders<sup>22</sup>*

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los participantes tenían en promedio: 41 años de edad, un nivel de escolaridad básico (primaria y secundaria) y tres años efectuando la diálisis en casa, dos de ellos de forma manual y tres automatizada. Todos tenían pareja e hijos. Dos participantes tenían acceso a la seguridad social por parte de su pareja. Tres carecían de vivienda propia y dos contaban con casa propia (Tabla 1). Al momento de la entrevista, todos realizaban una actividad por cuenta propia en su domicilio.

**Tabla1. Características sociodemográficas de los participantes.**

Seudónimo	Género	Edad	Escolaridad	Estado civil	Presencia de hijos	Status de la vivienda	Actividad laboral	Seguridad social
Adriana	Mujer	43	Primaria	Unión libre	Sí	Prestada	Costurera	No
Rosa	Mujer	42	Secundaria	Casada	Sí	Propia	Vende de antojitos	No*
José	Varón	53	Secundaria	Casado	Sí	Propia	Venta de antojitos	No
Armando	Varón	44	Secundaria	Casado	Sí	Prestada	Venta de postres	Sí**
Yazmin	Mujer	39	Secundaria	Casada	Sí	Prestada	Venta de dulces	Sí**

Fuente: Información obtenida de los participantes a través de entrevistas abiertas, enero-junio 2018.

\* Afiliación independiente. \*\* Por parte de su pareja.

En el análisis de las entrevistas, bajo la modalidad de categorías temáticas, surgieron dos temas centrales: tipos de apoyo y apoyo familiar percibido, así como seis subtemas (ver cuadro 2).

**Cuadro 2. Temas, subtemas y códigos surgidos en el análisis de las entrevistas.**

Tema	Subtema	Código
Tipos de apoyo	Apoyo afectivo	Tu puedes. Échale ganas. Eres joven. Se afianzan creencias religiosas.
	Apoyo instrumental	Se compra el equipo de hemodiálisis. Se comparten habitaciones. Reestructuración del espacio físico. Se comparten los alimentos.
	Apoyo laboral	Se responsabilizan del negocio familiar. Cambio de proveedor principal.
Percepción sobre el apoyo social	Puedo hacerlo	Sentirse inútil. Estar joven. Aunomía en la diálisis.
	Pérdida de autonomía	Disfunción familiar. Reestricciones en la alimentación. Cambio de roles.
	Pérdida de relaciones sociales	Discriminación. Ausencia de visitas. Pérdida de recreaciones.

Elaboración propia. Información extraída de la transcripción de las entrevistas a los participantes, 2018.

En lo que respecta al primer tema **tipos de apoyo**, se desprenden tres subtemas: apoyo efectivo, apoyo instrumental y apoyo laboral.

*En cuanto al apoyo afectivo.* La experiencia de temor e incertidumbre vivida por los participantes al escuchar las palabras “enfermedad renal crónica” y “diálisis”, los llevó a un estado de negación y rechazo de la enfermedad y por ende, a una atención médica tardía. El apoyo afectivo del núcleo familiar, fue clave para aceptar el tratamiento y estabilizar su condición de salud, física y emocional, la cuál no era la más óptima.

*Apoyo instrumental.* La situación precaria de vida de los participantes, impidió cumplir los requerimientos materiales y de infraestructura, solicitados por el personal de salud para poder efectuar la diálisis en casa; ante este hecho, la familia implementó algunas estrategias como habilitar los espacios de la vivienda a las necesidades del enfermo y su tratamiento, así, los espacios compartidos en el medio familiar (como la sala y el comedor) para algunos de los participantes se convirtieron en privados (recámaras) y los privados (recámaras) eran compartidos, como se refleja en el siguiente extracto de entrevista.

*“Me dijeron que necesitaba adaptar un cuarto con baño propio. ¿Cómo? si no tenía dinero. Para no hacer esfuerzo, en subir y bajar la escalera, mi mamá me dio su recámara, pero yo no me sentía a gusto”. (Adriana, 43 años)*

Los insumos de la diálisis y los gastos que se desprenden de la ERC, eran incosteables para la mayoría de los participantes; ante este hecho, el apoyo económico de la familia fue clave para iniciar y continuar con la diálisis peritoneal en casa, así como para pasajes, consultas médicas, estudios y alimentos.

*“Mi familia me ayuda a los gastos, ya que me dan \$100 para el taxi, me ayudan a comprar medicamentos”. (Rosa, 42 años)*

*Apoyo laboral.* El deterioro físico y mental que se presenta con la ERC y la ejecución de la diálisis cuatro veces al día, cuando el procedimiento era manual o toda la noche, al ser a través de una máquina, impidió la continuidad de las actividades laborales por parte de los participantes. Sin embargo, al ser éstas por cuenta propia, fue posible las asumieran la pareja o los hijos, para coadyuvar en su situación financiera. Para los varones, la incursión de los miembros cercanos de la familia en su actividad productiva, significó la pérdida de respeto y status.

Así lo refiere José:

*"por algunas situaciones que tengo (...) a veces le digo a mi esposa que en el negocio yo soy como el hombre invisible porque ya no me ven". (José, 53 años)*

Con lo que respecta al tema **percepción sobre el apoyo familiar**, se analizaron tres subtemas: puedo hacerlo, pérdida de autonomía y pérdida de actividades sociales.

El apoyo que se brinda a los participantes una vez que su estado de salud se estabiliza, se vuelve esporádico. La presencia del enfermo renal en el hogar y su reincorporación en algunas actividades cotidianas, normaliza el padecimiento dentro del entorno familiar.

**Puedo hacerlo.** Al encontrarse estables en su situación de salud, los participantes retomaron sus actividades familiares y laborales, en particular las mujeres al tener hijos menores de edad, se sintieron obligadas a procurar la atención de sus hijos, independientemente de su condición de salud.

*"Yo trataba de hacer mi vida normal, aunque me sintiera mal, a veces, pues el cansancio y todo eso si me impedía. Yo trataba de hacer un gran esfuerzo por seguir igual". (Jazmín, 39 años)*

Cuatro de los participantes, incorporaron el tratamiento de diálisis como parte de sus rutinas domésticas, al realizar este procedimiento a solas. Frases como "no incomodar", "tienen sus cosas que hacer", "estoy joven" fueron respuestas para no aceptar la ayuda que se les brindaba en el hogar, o bien, porque desde su percepción, la diálisis no les requería un esfuerzo físico.

*"La familia lo único que piensa es el tenernos aquí (...) ellos tratan de ayudarnos de hacernos casi todo, que por una parte, eso es muy malo también. (...) creo que por la vista me siento, así como si estuviera yo mocho". (José, 53 años)*

**Pérdida de autonomía.** La prohibición de algunas tareas y falta de actividad cuando está presente algún miembro de la familia, fue considerado como excesivo por los participantes, afectando su estado de ánimo y autoestima al sentirse dependientes.

*"Cuando no está mi esposa si ando pa[ra] arriba pa[ra] abajo, pero nada más llega y "no hagas esto" y "ten cuidado" y es lo que más (silencio largo), lo que más recientes". (Armando, 44 años)*

**Pérdida de actividades sociales.** Los paseos, fiestas vecinales, cine, entre otras actividades sociales, dejaron de formar parte del mundo de vida de los participantes. Su asistencia a dichas actividades, generaban preocupación a los familiares y se cuestionaba la factibilidad de su presencia a dichos eventos, de tal forma que los enfermos se sentían excluidos del entorno familiar y social.

## DISCUSIÓN

Los resultados presentados de este estudio, destacan dos momentos en el mundo de vida de los participantes, el apoyo proporcionado por los miembros de la familia en los inicios de la enfermedad y cuando cuando se ha logrado estabilizar su estado físico y aceptar la diálisis peritoneal.

En lo que respecta al tema tipos de apoyo, el apoyo afectivo instrumental y laboral proporcionado a los participantes por los miembros del núcleo familiar al inicio de los síntomas, les permitió acceder a la atención médica e iniciar el tratamiento de diálisis peritoneal en casa. Hallazgos que se corroboran con diversas investigaciones que han destacado el entorno familiar como fuente de apoyo<sup>7,13</sup>.

Ante la falta de acceso a los servicios de salud y la situación de precariedad que permea la vida de los participantes, el apoyo instrumental adquiere relevancia para éstos. Diversos estudios han documentado que determinantes sociales como los ingresos insuficientes<sup>25</sup> y un bajo un bajo nivel socioeconómico<sup>26</sup>, tienen un impacto perjudicial en la capacidad de la persona para manejar una enfermedad crónica que requiere de autocontrol, atención médica regular y cambio en el estilo de vida; e incrementa la posibilidad de los enfermos y sus familias de caer en la pobreza<sup>3</sup>.

La diálisis peritoneal en casa, permitió la reincorporación de manera paulatina de los participantes en sus actividades cotidianas, hecho que derivó en una ayuda afectiva y económica cada vez más espaciada por parte de los integrantes de la familia. Aguilar-Rivera y colaboradores<sup>27</sup> señalan que las redes de apoyo de amigos y colegas de los enfermos renales en diálisis con el tiempo suelen abandonar a los enfermos y son los miembros de la familia. Bury<sup>28</sup> señala que la "vida normal" se redesigna para que contenga la enfermedad y sea abierta al respecto, no obstante que la enfermedad crónica o invalidante presente en uno de los miembros de la familia puede afectar a todo el sistema familiar.<sup>26</sup>

La aparente autonomía y normalidad de los participantes en la vida familiar, es una respuesta para no sentirse dependientes y/o excluidos; sobre todo para no "cansar" a la pareja y familiares cercanos, hallazgos que coinciden con lo reportado en el estudio de Sadala y colaboradores<sup>29</sup>, en el sentido que la enfermedad puede drenar la energía de los familiares, que asumen la responsabilidad del cuidado y atención del enfermo, las 24 horas del día, los siete días a la semana y no disponen de un tiempo libre para descanso o vacaciones.

La edad de los participantes, fue una de las características que influyó en una percepción negativa sobre el apoyo proporcionado por familiares. Dicho hallazgo está en relación con lo señalado en el estudio de Carrillo-Vega<sup>30</sup>, en el cual los autores calificaron el apoyo brindado por la familia a los enfermos menores de 35 años, como negativo, al ser este una fuente de conflicto que lleva a los enfermos renales a buscar otras fuentes de apoyo social.

Referente al tema apoyo social percibido. Algunos de los participantes narraron sentirse aislados socialmente de la familia y redes de apoyo cercanas. Al permanecer solos en el hogar la mayor parte del día, en especial cuando llevan a cabo el proceso de diálisis. En el caso de las mujeres, dan prioridad a los requerimientos de los hijos y retomaron las actividades domésticas a un menor ritmo y a consta de su salud. El trabajo de González-Ramírez<sup>30</sup>, coincide en que las mujeres con hijos pequeños que viven con una enfermedad crónica suelen presentar un sentimiento de inutilidad que se vincula a la idea que han fallado a su responsabilidad como madres, llevándolas a rechazar el apoyo recibido para efectuar estas tareas.

Las limitaciones que se visualizan en este estudio, es que los hallazgos solo representan a los participantes con las características de inclusión solicitadas. No obstante, una aportación es el acercamiento a la realidad individual y relaciones de intersubjetividad como son las que se viven en el entorno familiar, a temas de salud como es la enfermedad renal crónica, que requieren prestar atención desde la prevención y cuidado.

En conclusión, al ser la familia la primera y principal fuente de apoyo social, se debe tomar en cuenta las características, estructura y dinámica de ésta, así como las características individuales de los enfermos, para poder plantear intervenciones de atención primaria que coadyuven al cuidado del enfermo renal, acordes a su realidad de vida, sobre todo cuando el tratamiento se lleva a cabo en el hogar como es el caso de la diálisis peritoneal y con ello coadyuvar a la prevención, más que a las acciones curativas en las instituciones de salud.

#### AGRADECIMIENTOS.

A los participantes de esta investigación por darme la oportunidad de conocer de cerca su experiencia sobre la enfermedad y recibirme en su hogar un par de ocasiones. A la Dra. Teresa Torres, por sus valiosos comentarios y observaciones para mejorar este documento.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro R. Sociología de la Salud en México. *Polít. Soc.* 2011;48(2):295-312. doi: 10.5209/rev\_POSO.2011.v48.n2.5
2. Morton R, Schlackow I, Gray A, Emberson J, Herrington W, Staplin N, et al. Impact of CKD on Household Income. *Kidney Int Rep [Online]*. 2018;3(3):610-618. doi:10.1016/j.ekir.2017.12.008
3. Amato JD. Grandes retos de la enfermedad renal crónica en México. En: Tamayo J, Lastiri H, editores. *La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla*. México: Intersistemas S.A. de C.V/Academia Nacional de Medicina en México; 2016. p. 39-48.
4. Medellín J, Carrillo G. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Av.enferm.* 2014; 32(2): 206-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46099>.
5. Matos E, Román S, Álvarez B. Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico. *Mul med.* 2016; [Consultado el 14 dic 19] 20(1).
6. Fachado A, Menéndez M, González L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad renal crónica. *Cad. Aten. Primaria.* 2013; [Consultado 15 mar 19] 19:118-123. Disponible en: [www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19\\_2\\_ParaSaberDe\\_3.pdf](http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf)
7. Lin J, Guo Q, Ye J, Li J, Yi Ch, Zhang X, et al. The effect of social support and coping style on depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis in southern China. *Int Urol Nephro.* 2013; 45:527-35. doi: 10.1007/s11255-012-0309-7
8. Malheiro-Oliveira P, Arruda-Soares D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enferm Glob.* [Internet] 2012, [Consultado 5 jun 18];11(28):257-75. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1695-61412012000400014&lng=es>.
9. Li J, Wu X, Lin J, Zou D, Yang X, Cheng S, et al. Type D personality, illness perception, social support and quality of life in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Psychol Health Med.* 2017; 22(2): 196-204. doi:10.1080/13548506.2016.1224371
10. Aranda C, Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Rev. Investig. Psicol.* 2013 [Consultado 12 feb 19];16(1):233-44. Disponible en: [revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153](http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153)
11. Wang Q, Yang Z, Sun X, Du Y, Song Y, Dong J, et al. Association of Social Support and Family Environment with Cognitive Function in Peritoneal Dialysis Patients. *Perit. Dial. Int.* 2017; 37(1):14-20. doi: 10.3747/pdi.2016.00084.
12. Estrella D, Garcés J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Rev. Psicol.soc.* [Internet]. 1991; 6(2): 257-71. <https://doi.org/10.1080/02134748.1991.10821649>.
13. Amaya MC, Carrillo GM. Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan.* 2015;15(4): 461-74. doi: 10.5294/aqui.2015.15.4.2
14. Matud P, Carballeira M, López M, Merrero R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud ment(Méx)[Internet]*. 2002; 25(2): 32-37. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222505>
15. Castro R, Campero L, Hernández, R. La investigación sobre apoyo social en salud: Situación actual y nuevos desafíos *Rev. Saúde Pública [Online]*. 1997; 31(4): 425-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>
16. Ledesma AR, Lena M, Ávila RS. Cualidades psicométricas de la escala de soporte social de salud en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Psicología y Salud [En línea]*. 2011; 21(2) doi: <https://doi.org/10.25009/pys.v21j2.570>
17. Velázquez Y, Espín AM. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista cubana de Salud Pública [Internet]*. 2014; 40(1): 3-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430496002>
18. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciën. Saúde Colet.* 2012; 17(3): 613-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1290/S1413-81232012000300006>
19. De la Cuesta C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure investigación.* 2006; 25:4. Disponible en: [www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/313/303](http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/313/303)
20. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017

[Consultado 20 may 18]; Recuperado de: <https://www.wma.net/.../declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las->

21. Comisión Nacional de Bioética. Informe Belmont Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. 2003. [Consultado 20 may 18] Recuperado en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10\\_INTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf).
22. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1987. Argentina: Ediciones Paidós
23. Sanders C. Application of Colaizzi's method: Interpretation of an auditable decision trail by a novice researchers. *Contemp. Nurse* 2003; 14(3); 292-303. doi: 10.5172/conu.14.3.292
24. Lincoln Y, Guba E. (1985). *Naturalistic inquiry*. 1ra ed. Sage Publications: London.1985.
25. Kahn L, Vest B, Madurai N, Singh R, York T, Cipparone CW, et al. Chronic Kidney Diseases (CKD) Treatment Burden Among Low-Income Primare care patients. *Chronic Illn*. 2015; 11(3): 171-83. doi: 10.1177/1742395314559751
26. Rodríguez-Carmona A, Pérez-Roldan M. ¿Cómo influyen las características sociodemográficas de los pacientes y los atributos de organización de un sistema de salud en la elección de la modalidad de diálisis? *NefroPlus*; 10(1), 2018, 46-48. Recuperado de: [revistanefrologia.com](http://revistanefrologia.com)
27. Aguilar-Rivera T, González-López A, Pérez-Rosete A. Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Atención Primaria*. 2014; 21(2): 50-54. Doi: 10.1016/s1405-8871(16)300014-1
28. Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects, *Sociol. Health Ill*. 1991 13(4); 451-468. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1991.tb00522.x>
29. Sadala M, Bruzos G, Pereira E, Bucuvic E. La experiencia vivida por pacientes en diálisis peritoneal domiciliaria: Un abordaje fenomenológico. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(1):8 [pantallas]. Disponible en: [www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_10.pdf)
30. Carrillo Vega MF, Pelcastre Villafuerte BE, Salinas Escudero G, Durán Arenas L, López Cervantes M. Empoderamiento y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica: estudio de caso en Michoacán, México. *Rev Panam Salud Publica*. 2017; 41:e164. doi: 10.26633/RPSP.2017.164
31. González-Ramírez L, Estrada-Pineda C, Robles-García R, Orozco-Mares I, Meda-Lara RM, Daneri-Navarro A. Estudio exploratorio de relación entre la percepción de apoyo social instrumental la modificación de roles familiares en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 2014; 11(1); 59-69. DOI: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n1.44917

#### PUNTOS CLAVE

#### HECHOS CONOCIDOS

El apoyo familiar tiene un papel fundamental en el afrontamiento y apego al tratamiento de enfermedades crónicas como la renal.

Al ser la enfermedad renal crónica a largo plazo, el apoyo dentro del núcleo familiar suele disminuir o ser esporádico con el paso del tiempo.

El papel del apoyo familiar ha sido evaluado por diversos instrumentos.

#### APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

Una mirada a la percepción del apoyo familiar desde el propio sujeto que vive la enfermedad.

Ampliar el conocimiento del apoyo familiar considerando determinantes sociales como el trabajo.

La importancia de considerar la experiencia del apoyo familiar que se brinda y cómo se percibe en los enfermos renales de acuerdo a las características individuales, como es la edad.

## A consulta telefónica, nova normalidade?

Julia Bóveda Fontán<sup>1</sup>, Flora Miranda Pena<sup>2</sup>, Ángel Lado Llerena<sup>3</sup>, Jesús Manuel Novo Rodríguez<sup>4</sup>. Grupo de Traballo de Comunicación e Saúde da AGAMFEC.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2020  
Volume 26 (1)  
Páx. 17 - 19

- 1 MÉDICA DE FAMILIA, CENTRO DE SAUDE SÁRDOMA (VIGO).
- 2 MÉDICA DE FAMILIA, CENTRO DE SAUDE DE ESTRADA.
- 3 MÉDICO DE FAMILIA, CENTRO DE SAUDE SERRA DE OUTES.
- 4 MÉDICO DE FAMILIA, CENTRO DE SAUDE A MILAGROSA (LUGO).

Xa estaba ahí. Era un sucedáneo ao que lle dabamos pouco valor. Se cadra era útil para renovar os tratamentos, dar uns resultados ou resolver unhas dúbidas; mais, para o importante, necesitábase a consulta presencial. Entón chegou o virus a cambialo todo. Vernos a cara con pacientes ou familiares pasou a ser perigoso para ámbalas partes, mesmo para as outras persoas coas que coincidise na sala de espera. Da noite á mañá a consulta telefónica tornouse o noso principal recurso para seguir realizando a asistencia, mantendo a distancia social que permite cortar a transmisión do andazo. Tivemos que utilizala soportando altos niveis de inqueda, desenvolvendo estratexias para paliar os seus déficits e sentíndonos moi incómodos.

Noutros entornos, a consulta telefónica ou por videochamada é habitual, con iniciativas como "GP at hand" do NHS no Reino Unido que substitúen os servizos de atención primaria por videoconsultas. En España estase a ofrecer por empresas de servizos sanitarios privados como un dos seus principais argumentos para interesar a unha poboación que ten a inmediatez como un dos seus valores.

Desde o punto de vista comunicativo, na consulta telefónica, son útiles determinadas habilidades e estratexias que permiten aproveitar as súas posibilidades e paliar as súas deficiencias. Nestes aspectos ímonos centrar neste texto.

### OPORTUNIDADES DA OPTIMIZACIÓN DO USO DO TELÉFONO NA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Esta pandemia trouxo inmensas dificultades ao sistema sanitario e ás súas persoas usuarias, pero tamén nos deixa importantes oportunidades de mellora. Unha delas é a optimización do uso das chamadas telefónicas na práctica clínica cotiá.

O teléfono é unha vía de comunicación cos nosos pacientes que pode fomentar a accesibilidade en tempos nos que cómpre evitar o contacto físico prescindible. Non adoce de tanta fenda dixital como outros medios, dado que a dispoñibilidade de liña telefónica é practicamente universal, incluíndo a pacientes de idades avanzadas e en contornas rurais. Isto repercute en positivo no concepto de xustiza distributiva na accesibilidade ao sistema, cuestión que non debemos pasar por alto se non queremos fomentar novas exclusións no contexto que se avexia. Paga a pena facer mención, como excepción, ás persoas con dificultades de audición ou situacións de extrema vulnerabilidade.

Outra característica é a bidireccionalidade: as persoas que atendemos diríxense a nós por esta vía cando solicitan atención e para nós o teléfono é unha vía valiosísima para establecer contacto en seguimentos, transmitir pautas breves, fomentar a autoxestión de problemas menores de saúde, comunicar resultados, educar en saúde, axustar posoloxías, resolver consultas burocráticas e manifestarnos accesibles e pendentes dunha situación clínica concreta. Nos seguimentos permite unha axilidade

que, ben empregada, alivia as sobrecargas da consulta e pode evitar o desprazamento de persoas con limitacións de mobilidade. O contacto telefónico relativamente frecuente en situacións de vulnerabilidade ou inmovilización pode aportar ás persoas enfermas unha seguridade e un acompañamento que a situación de sobrecarga asistencial actual non nos permitiría de modo presencial (desprazamentos aos domicilios, etc.) Ademais favorece a conciliación en persoas que teñen que atender obrigas laborais, familiares ou persoais e precisan realizar algunha consulta fácilmente resoluble por esta vía.

O teléfono móbil aporta outras funcionalidades que tal vez non sexan de uso universal entre os nosos pacientes, pero si poden axudarnos a flexibilizar a atención mediante a realización de videochamadas ou o uso de redes que permitan compartir imaxes (de vital importancia en lesións dermatolóxicas, porcentaxe non desprezable de consultas en Atención Primaria).

Permite así mesmo establecer un magnífico filtro para discriminar que pacientes precisamos atender de modo presencial e en cales se pode resolver a demanda sen necesidade de presenza física, con criterios de equidade no reparto de recursos, evitando no posible a hiperfrecuentación que tanto nos atenaza. Esta cualidade, a de filtro, será valiosa neste período de sucesivas desescaladas e de "nova normalidade" no acceso aos centros sanitarios. Tamén exerce unha valiosa criba de consultas burocráticas que acaparaban unha parte relevante da nosa xornada laboral incorporando consultas "de paso", (a maioría de escaso valor clínico e inductoras de sobreintervencións) e mesmo permite diversificar a outras profesionais a resolución dalgunhas destas tarefas.

Outra característica da atención sanitaria telefónica é a inmediatez, cualidade aproveitada nas centrais de coordinación de emerxencias. É obvio que aquí debemos afinar, dado que pode ser unha importante disrupción na consulta en caso dunha mala triaxe: entendido como unha oportunidade, podemos comezar a aplicar unha protocolización por parte do persoal administrativo e de servizos xerais ás chamadas que haberán ser transferidas e distribuídas a cada profesional sanitario, así como a cadencia e demora.

No que respecta á sobreintervención, a hiperfrecuentación e á posta en valor do noso rol e dun correcto uso do sistema sanitario público debemos aproveitar para recuperar a mensaxe de que este debe ser accesible e resolutivo, mais tamén sostible. E isto so se consegue recapacitando sobre os fluxos de atención ás profesionais implicadas e optimizando os recursos que temos ao noso dispor, teléfono incluído.

### EIVAS DA CONSULTA TELEFÓNICA

Cando realizamos a consulta telefónica é máis difícil identificar a persoa coa que falamos, si é coñecida, son máis limitadas as posibilidades de

errar. Cando por incapacidade física, mental ou tecnolóxica temos que falar con un familiar ou con un cuidador estamos obrigados a rexistrar na historia con quen falamos..

Temos que contar coa subxectividade do paciente ou do cuidador, que pode dar a engano sobre a verdadeira situación, ademais perdemos a comunicación xestual co paciente que é parte importante da información que manexamos habitualmente na consulta presencial.

Ao contrario da consulta presencial, onde predomina a privacidade entre profesional e paciente e os eventuais acompañantes, a consulta telefónica ou videoconsulta é susceptible de grabación. por elo deberemos evitar sempre temas críticos.

A consulta telefónica por patoloxías non coñecidas previamente presenta problemas éticos e legais. Existe experiencia en atención telefónica exclusiva nos casos de mariñeiros e militares en alta mar e no caso do 061. Existe escasa investigación de calidade sobre os resultados de saúde coa atención telefónica e tal vez deberíamos empezar por pedirlle a opinión a os/as pacientes.

É dubidosa hoxe en día a posibilidade de indicar medicación que precise receta médica, tal vez coa excepción de repetir medicación cando repite unha patoloxía coas mesmas características. É moi problemático tomar decisións a través de vía telefónica sobre patoloxías cuxo diagnóstico dependa exclusivamente da subxectividade do paciente ou que impliquen necesariamente unha exploración física.

A consulta telefónica é mellor aceptada para atender problemas crónicos que para agudos. Nos pacientes crónicos xa ocorría que, coa renovación "automática" de receitas, abandonábanse os controis periódicos; o dar prioridade a asistencia telefónica, é probable que se agrave este problema especialmente en pacientes de difícil control. Ademais a redución de consultas espontáneas diminuírá a detección oportunista de patoloxías, que serán diagnosticadas tardiamente.

### CLAVES COMUNICACIONAIS NUNHA CONSULTA TELEFÓNICA

A consulta telefónica pode supoñer un reto para os profesionais, fundamentalmente nos aspectos comunicacionais. Estamos afeitos aos encontros directos, presenciais, e non tanto ás consultas sen a visión directa cos nosos pacientes. Por iso é necesario ter en conta algunhas consideracións que supoñen diferenzas con respecto ás consultas cara a cara, xa que a ausencia de contacto visual impide dispoñer da riqueza de datos que éste nos achega e pode supoñer unha dificultade engadida.

Comentaremos en primeiro lugar habilidades xerais para logo pasar a desagregar os diferentes apartados no desenvolvemento dunha entrevista telefónica coas súas peculiaridades.

Antes de iniciar a consulta é necesario centrarse no que imos facer. Evitaremos estar a realizar outras tarefas ao mesmo tempo (evitar multitarefa!) xa que a dispersión na atención percíbese tamén por teléfono. A isto axudaranos a nosa linguaxe corporal, que xoga un papel importante na forma en como nos comunicamos por teléfono xa que dalgunha maneira transmitimos o noso estado. Unha posición cómoda permitiranos respirar comodamente e manernos nunha actitude relaxada nas consultas telefónicas. Tentaremos falar coma se estivéssemos a mirar á cara á outra persoa.

A ausencia de contacto visual impide recoñecer a linguaxe corporal, incluíndo as expresións faciais que tanta información achégannos. Neste contexto adquire unha importancia crucial a nosa voz. O ton de voz ten que ser relaxado e tranquilo. Tamén a velocidade á que falamos. Debemos falar lentamente e ademais alto e claro con persoas

con dificultades de audición. A investigación mostra que as persoas captan as emocións máis facilmente nas conversacións só de voz. Ser conscientes disto mentres falamos por teléfono pode axudar a construír unha boa relación e demostrar empatía. Lembremos que o sorriso tamén se transmite por teléfono.

É imprescindible destacar a importancia das habilidades de escoita. Habemos de desenvolver unha escoita activa de calidade. Sabemos da utilidade dos silencios, pero na consulta telefónica habemos de ter precaución, xa que o silencio completo percíbese como falta de atención e pode ser malinterpretado. Mostraremos sempre que estamos a realizar unha escoita atenta con sons como: *Mmm, ah ah, si.*

Mostrar empatía nunha entrevista telefónica pode parecer un verdadeiro reto, pero facer unha escoita empática é posible axudándonos de habilidades como resumir o que a persoa di coas súas propias palabras ou usar frases como: *"Está a parecerme que..."* ou *"Parece que está preocupado..."*

### ESTRUTURA DA ENTREVISTA TELEFÓNICA

#### 1. Establecemos contacto

O saúdo terá que ser cálido e ao mesmo tempo profesional. *"Bo día. Por favor, podo falar con ...?"*

Se xa temos coñecemento previo do paciente, o cal é moi frecuente en Atención Primaria, probablemente xa nos recoñezamos mutuamente pola voz. En caso contrario identificámonos: *"Son..., chámolle do centro de saúde..."*. Pode resultar de utilidade, sobre todo se xa coñecemos ao paciente, utilizar algunha frase introdutoria se o consideramos oportuno: *"Como van as cousas?"*.

Lembremos de novo: a calidez e o sorriso transmitense por teléfono. O comezo da entrevista, igual que nos encontros presenciais, é fundamental para xerar un clima adecuado que facilite o seu desenvolvemento.

#### 2. Acordamos o motivo/s de consulta

- Se a cita foi solicitada polo paciente, comezaremos cunha pregunta aberta do tipo: *"Solicitou vostede unha cita telefónica, cónteme..."* ou *"¿Cal é o motivo da súa chamada de hoxe?"* ou *"¿Cal é o problema?"*
- Se é unha cita xa concertada previamente ou xerada por nós, aclararemos o motivo: *"Quedamos hoxe para..."* ou *"A miña chamada de hoxe é para..."*.

#### 3. Seguidamente **escoitamos atentamente**, sen interromper ao comezo.

É tentador esquecer isto nas consultas telefónicas, pero permitir que o paciente fale ao comezo sen interrupcións aforrará tempo a longo prazo. As interrupcións rompen o fluxo de pensamento da outra persoa e poden facer que pensen que somos impacientes ou queremos apresurarlle. O paciente ten que percibir que lle estamos prestando atención (escoita activa):

- Con silencios demostrando que estamos a escoitar: *"Mmm", "Sí", "Entendo"*.
- Repetindo palabras ou frases e resumindo de cando en vez.
- Aclarando termos ou ideas que nos expresa.
- Pedindo máis información que consideremos necesaria.

Unha escoita atenta achegaranos datos non só do que di o paciente senón de cómo o di: o seu ton de voz, os seus silencios, así como os termos e expresións que utiliza.

Para completar información:

- Se necesitamos interromper para aclarar ou facer algunhas preguntas adicionais, é útil comezar cun resumo: *"Dime que ten diarrea desde fai cinco días; cónteme, como é a diarrea?"*.

- Pasaremos de preguntas abertas a preguntas pechadas: *"Expulsou sangue ou moco coas feces?" "Tivo febre?"*.

Como en toda entrevista, é necesario comprender a perspectiva do paciente, é dicir coñecer:

- Ideas: Que pensa o paciente (ou os seus familiares) sobre o seu problema? *"A que atribúe o que lle ocorre?"*

- Preocupacións: Cales son as súas principais preocupacións?

- Expectativas: Que pensa o paciente que sería útil? Como pensa que lle podemos axudar?

#### 4. Trala escoita e obter os datos necesarios, pasaremos a dar información e planificar a actitude a seguir:

*"Na miña opinión, o que lle ocorre é..." "Co que me conta..." " Á vista destes resultados"*.

Ter en conta: dar a información en fragmentos curtos, de modo ordenado e verificando a comprensión do paciente. No teléfono, os fragmentos deben ser máis pequenos, con pausas, falando amodo e comprobando que nos entenden, sen deixarnos levar polo noso afán de dar longas explicacións. Realizaremos pausas que permitan que o paciente responda con preguntas ou respostas.

Utilizaremos unha linguaxe fácil de entender e explicaremos os termos médicos se necesitamos utilízalos. Repetiremos o máis importante, sen ser moi reiterativos. Finalmente resumiremos resaltando os puntos chave.

É necesario verificar que o paciente comprende as nosas explicacións: *"Comprende que probas imos facer?"*; ás veces pediremos que nolas repita: *"Gustárame que agora me repetise como ten que tomar a medicación"*.

#### 5. Comprobación de acordo.

Non daremos por suposto que con aportar información e explicacións o paciente está de acordo co plan proposto. Terá as súas dúbidas, que podemos ir aclarando previamente, e quizais desacordos (poden ser por descoñecemento, por medos, ...). É recomendable pois, comprobar o seu acordo coa actuación proposta. *"Que opina de...?" "Está de acordo con realizar este tratamento e ver como evoluciona?"*.

#### 6. Finalización e peche da entrevista

Tras o resumo final, acordo e comprobación da comprensión, finalizaremos coa chamada "rede de seguridade" explicando a evolución previsible e como deberá actuar en función da mesma. *"A dor tería que ir a menos en 3-4 días, de non ser así volva a consultar"*. Acordaremos finalmente data para próximo control en caso necesario.

En definitiva, para os profesionais sanitarios será necesario considerar a entrevista telefónica como un elemento máis da chamada "nova normalidade" coas vantaxes e inconvenientes da mesma e da que será preciso sacar o máximo proveito en beneficio mutuo.

#### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Modroño MJ, Dosantos SV, Gómez SR. Consulta telefónica no urgente en atención primaria. Cad Aten Primaria. 2016;22(Extra 0):14-8.
2. Muñoz E: Las consultas por teléfono han llegado para quedarse. AMF. Consultado on line el 15/5/2020 disponible en [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2656](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2656)
3. Monsalve M, Peñalba AC, Lastra S. La consulta telefónica en Atención Primaria, ¿está justificada? Rev Pediatr Aten Primaria 2013;15:329-31
4. Sánchez JA, Albarran ME, Romero S. Análisis médico-legal de la consulta médica telefónica: riesgos legales profesionales y seguridad del paciente. Revista de la Escuela de Medicina Legal. Consultado el 14/5/2020 en [https://www.researchgate.net/publication/278003991\\_Analisis\\_medico-legal\\_de\\_la\\_consulta\\_medica\\_telefonica\\_riesgos\\_legales\\_profesionales\\_y\\_seguridad\\_del\\_paciente](https://www.researchgate.net/publication/278003991_Analisis_medico-legal_de_la_consulta_medica_telefonica_riesgos_legales_profesionales_y_seguridad_del_paciente)
5. EACH: International Association for Communication in Healthcare. E-learning Course: Communication Skills for Telephone Consultations

# Doctor, me duele todo el cuerpo.

Doctor, I have pain everywhere.

*Doutor, dóeme todo o corpo.*

Ana María do Muíño Méndez<sup>1</sup>, Ana María Santos Ruiloba<sup>1</sup>, Aranzazu Valtierra Darriba<sup>3</sup>

1 RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CS SÁRDOMA EOXI VIGO, SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.

2 RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CS VAL MIÑOR EOXI VIGO, SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Ana María do Muíño Méndez. e-mail: anamariado.muino@gmail.com

Cad. Aten. Primaria  
Año 2020  
Volume 26 (1)  
Pág. 20-21

## INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 53 años que acude por dolor muscular generalizado. No ha presentado fiebre, ni clínica respiratoria, ni alteraciones gastrointestinales en los días previos. No ha realizado viajes recientes, ni ha aumentado su actividad física. Niega consumo de fármacos, tóxicos, ni relaciones sexuales de riesgo.

La exploración física no presenta hallazgos relevantes, no se objetiva atrofia muscular, ni alteraciones tanto en la fuerza como en la sensibilidad.

No reconoce antecedentes patológicos, ni familiares de interés.

En cuanto a su situación social, vive con su pareja y sus hijos. Trabaja como mecánico.



(figura 1)

## DIAGNÓSTICO

Dada la inespecificidad del cuadro, se inicia tratamiento sintomático sin mejoría. Meses más tarde, el paciente refiere persistencia de la clínica con aumento de debilidad muscular a nivel de cinturas, por lo que se solicita una analítica general con marcadores de inflamación y miopatías que salieron patológicos. Revisando la historia clínica, el paciente había consultado por episodios de eritema facial en varias ocasiones. Correlacionando los hallazgos previos y tras una exploración minuciosa del paciente, observamos la presencia de lesiones eritematodescamativas en ambos dorsos de las manos (figura 1). Dichas lesiones habían pasado desapercibidas dado el contexto laboral del paciente.

Con la sospecha diagnóstica de dermatomiositis, se inicia tratamiento corticoideo vía oral y se deriva al paciente a consultas de Medicina Interna para completar el estudio. El paciente mejoró clínicamente con corticoides, y sigue pendiente de los resultados de las pruebas complementarias.

## CONCLUSIÓN:

La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática poco prevalente. Esta entidad es ligeramente más frecuente en mujeres de edad media, aunque puede manifestarse a cualquier edad. Su manifestación clínica más característica es la presencia de mialgias y debilidad muscular de predominio proximal, pero a diferencia de la polimiositis, en esta entidad se asocia afectación dermatológica, destacando las pápulas de Gottron y el eritema heliotropo, entre otras.<sup>1-2</sup>

El dolor muscular generalizado es un motivo habitual de consulta en Atención Primaria. Resulta fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial, ayudándonos de una anamnesis dirigida y una exploración física minuciosa. Entre las causas más comunes destacan la sobrecarga física, procesos infecciosos o el inicio de fármacos tan habituales como las estatinas. Otras opciones a valorar son el debut de un hipotiroidismo, o patologías menos prevalentes como la miastenia gravis, distrofias musculares y otros tipos de miopatías (necrotizante o de cuerpos de inclusión). Tampoco debemos olvidarnos de la polimialgia reumática o el síndrome miofascial.<sup>3</sup>

En aquellos casos en los que no existe mejoría clínica con tratamiento sintomático, debemos solicitar una analítica completa incluyendo función renal, hepática, enzimas musculares (CPK, aldolasa), reactantes de fase aguda (PCR, VSG) y sin olvidarnos de los niveles de hormonas tiroideas.

Para el diagnóstico definitivo se requiere de biopsia muscular. Una vez confirmada dicha entidad, es importante recordar su posible origen paraneoplásico, siendo necesario un estudio pormenorizado para descartar neoplasias ocultas en todos los pacientes con dermatomiositis, y en su caso, un estudio de extensión.<sup>4</sup>

El pilar del tratamiento se basa en la utilización de corticoides e inmunosupresores. Ante la sospecha fundada de esta patología, se deben iniciar dosis altas de corticoides desde Atención Primaria, mientras esperamos la confirmación diagnóstica.<sup>5</sup>

La visión integral del paciente, junto con un seguimiento continuado del mismo, hace que el médico de familia sea una figura clave para el diagnóstico y seguimiento de patologías tan complejas como la dermatomiositis.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Marc L Miller, MD, Ruth Ann Vleugels, MD, MPH. Clinical manifestations of dermatomyositis and polymyositis in adults. UpToDate. Jan, 2019. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-dermatomyositis-and-polymyositis-in-adults>
2. Mainetti C, Terziroli Beretta-Piccoli B, Selmi C. Cutaneous Manifestations of Dermatomyositis: a Comprehensive Review. Clin Rev Allergy Immunol. 2017 Dec;53(3):337-356.
3. Marc L Miller, MD. Diagnosis and differential diagnosis of dermatomyositis and polymyositis in adults. UpToDate. Apr, 2019. <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-dermatomyositis-and-polymyositis-in-adults>
4. Qiang JK et al. Risk of Malignancy in Dermatomyositis and Polymyositis. J Cutan Med Surg. 2017; 21 (2): 131-136
5. Griger Z, Nagy-Vincze M, Dankó K. Pharmacological management of dermatomyositis. Expert Rev Clin Pharmacol. 2017 Oct;10(10):1109-1118.

# Metrorragia postmenopáusica: Tumor de la granulosa ovárica.

Postmenopausal metrorrhagia: Ovarian Granulosa cell tumors.

Carmen Herrero Vicent <sup>1</sup>

<sup>1</sup> FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA. HOSPITAL PROVINCIAL DE CASTELLÓN

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Carmen Herrero Vicent. e-mail: carmendcn@hotmail.com

Cad. Aten. Primaria  
Año 2020  
Volume 26 (1)  
Páx. 22-23

## INTRODUCCIÓN

El Atención Primaria se atienden cada vez más pacientes que han padecido un cáncer ginecológico. El seguimiento de las pacientes oncológicas requiere un abordaje multidisciplinar con una excelente coordinación y comunicación entre los diferentes especialistas. Una atención óptima por parte del equipo multidisciplinar incluye la prevención, la detección de las recidivas y las posibles segundas neoplasias.

## DIAGNÓSTICO

Paciente de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial. Como antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. G4 P4 A0. Menopausia a los 53 años.

En febrero de 2008 consultó a su Médico de Atención Primaria por metrorragia postmenopáusica, quien remite de forma Urgente a Ginecología. Ante la sospecha inicial de una hiperplasia endometrial simple, se realizó una anexohisterectomía simple laparoscópica. En la pieza quirúrgica se evidenció una neoformación constituida por islotes celulares con cuerpos de Call Exner y por inmunohistoquímica presentó inhibina positivo. Se confirmó el diagnóstico de un tumor de células de la granulosa en ovario derecho. Tras presentar a la paciente en el Comité de Tumores Ginecológicos, se descartó el tratamiento adyuvante y se propuso seguimiento. La paciente se controló durante 5 años por el Ginecólogo mediante ecografía vaginal alternada con tomografía axial computarizada (TAC) abdomino-pélvica y analítica con inhibina B/estradiol. Posteriormente siguió revisiones por su Médico de Atención Primaria.

En marzo de 2013 consultó por dolor pélvico intenso de dos meses de evolución a su Médico de Atención Primaria, quien en la exploración física palpó un nódulo infraumbilical de 1.5 cm duro y fijo a planos profundos, sin otros hallazgos de interés. Por el antecedente de la paciente se derivó a Ginecología de forma preferente, y el 25 de marzo de 2013 se biopsió el nódulo peritoneal infraumbilical siendo el resultado anatomopatológico compatible con metástasis peritoneal por tumor de células de la granulosa. Por ecografía vaginal se evidenció una lesión ocupante de espacio quística de 2cm en topografía anexial derecha (**Figura1**). En una TAC toraco-abdomino-pélvica se evidenció una lesión hipoatenuada de

25 mm quística en hemipelvis derecha, (**Figura 2**). En el control analítico destacó una inhibina B 624 pg/mL (Rango normal de 47-341 pg/mL).

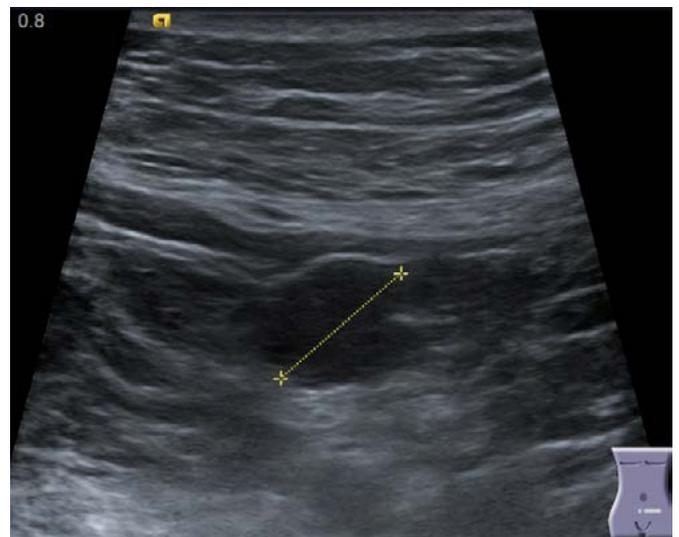


Figura 1. En la ecografía vaginal se objetiva nivel anexial derecho una lesión ocupante de espacio quística de 20mm.

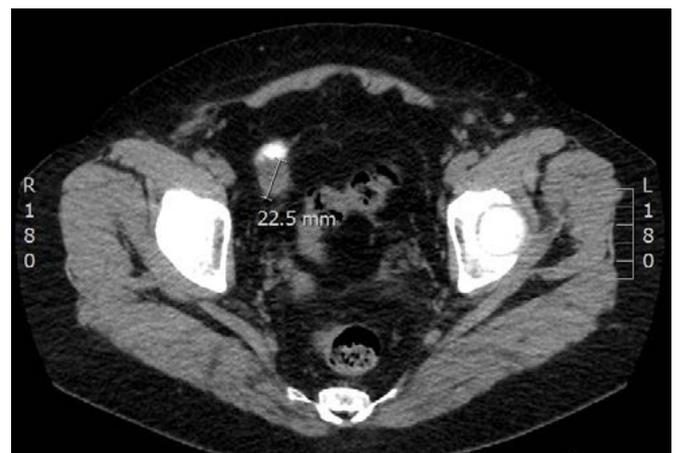


Figura 2. En la imagen correspondiente a la TC de diagnóstico de la paciente se observa una lesión hipoatenuada de 25 mm quística en hemipelvis derecha sugestiva de recaída tumoral.

Tras presentar el caso en el Comité multidisciplinar se propone tratamiento sistémico según esquema BEP Bleomicina 20 U / m<sup>2</sup> (34.40 U) + Etopósido 75 mg/ m<sup>2</sup> (129.02 mg)+ Cisplatino 20 mg/m<sup>2</sup> (34.40 mg) del día 1 al 5, del que recibe 4 ciclos de marzo a agosto de 2013, consiguiendo una respuesta completa radiológica. En septiembre de 2018 continua libre de enfermedad y en seguimiento alternado con Oncología Médica y Atención Primaria.

## DISCUSIÓN

El trabajo en equipos multidisciplinarios con Atención Primaria, Ginecología y Oncología, ofrecen a las pacientes un abordaje integral.

Los denominados tumores de los cordones sexuales representan del 2 al 5% de las neoplasias de ovario.<sup>2</sup> Se pueden clasificar en tres tipos de subtipos; de la granulosa, teca-granulosa y células de Sertoli-Leydig.

El diagnóstico clínico se basa en la aparición de dolor abdominal o estreñimiento producido por el crecimiento de masas anexiales secundarios a la producción hormonal del tumor. También pueden asociarse alteraciones de la menstruación o galactorrea por la producción de estrógenos y progesterona o virilización por los andrógenos.

Los tumores de la granulosa se suelen diagnosticar en estadios precoces mediante la realización de una ecografía, TAC de abdomen-pelvis asociado a niveles de estradiol e inhibina, que suele utilizarse en el diagnóstico y seguimiento.<sup>3</sup> Como el resto de tumores de ovario, la estadificación es quirúrgica, y debe seguir las pautas del cáncer epitelial invasor.<sup>4 5 6</sup> En estadios avanzados la evidencia de la que disponemos procede de estudios retrospectivos o ensayos clínicos fase II con tratamiento quimioterápico sistémico.<sup>7-12</sup>

Estos tumores se caracterizan por recidivas tardías (25% a los 10 años)<sup>14</sup>, por eso es tan importante el abordaje multidisciplinar y conseguir que el seguimiento de estas pacientes se haga de forma compartida, colaborativa y coordinada entre los profesionales de Atención Primaria, Ginecología y Oncología.

## BIBLIOGRAFIA

1. Fleming GF, et al. Principles and practice of gynecologic oncology. 5<sup>th</sup> ed. Vol. 76. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 2009. p3-836
2. Kanthan R, et al. The multifaceted granulosa cell tumors-myths and realities. A review. ISRS Obstet Gynecol. 2012;2012:878635
3. Chan JK, et al. Prognostic factors responsible for survival in sex cord stromal tumors of ovary. A multivariable analysis. Gynecol Oncol. 2005;96 (1):204-9
4. Colombo N, et al. Non-epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practise Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2012; 23 Suppl 7:20-6
5. Tinsley S, et al. Granulosa cell tumor of the ovary. J Clin Oncol. 2003; 21(6):1180-9
6. Brown J, et al. Patterns of metastasis in sex cordstromal tumors of the ovary: can routine staging lymphadenectomy be omitted? Gynecol Oncol. 2009;113(1):86-90
7. Homesley HD, et al. Bleomycin, estoposide, and cisplatin combination therapy of ovarian granulosa cell tumors and other stromal malignancies: A Gynecologic Oncology Group study. Gynecol Oncol. 1999; 72(2):131-7
8. Pecorelli S, et al. Cisplatin, vinblastine and bleomycin combination chemotherapy in recurrent or advanced granulosa-(theca) cell tumours of the ovary. An EORT Gynaecological Cancer Cooperative Group study. Eur J Cancer. 1999;35(6):1331-7
9. Hardy RD, et al. Hormonal treatment of a recurrent granulosa cell tumor of the ovary: case report and review of the literature. Gynecol Oncol. 2005;96(3):865-9
10. Tao X, et al. Anti-angiogenesis therapy with bevacizumab for patients with ovarian granulosa cell tumors. Gynecol Oncol. 2009; 114(3):431
11. Shah SP, et al. Mutation of FOXL2 in granulosa-cell tumors of the ovary. N Engl J Med.2009; 360(26):2719-29
12. Park M, et al. FOXL2 interacts with steroidogenic factor -1 (SF) and represses SF-1-induced CYP17 transcription in granulosa cells. Mol Endocrinol. 2010; 24(5): 1024-36
13. Garcia-Donas, et al. Cytochrome P1/ inhibition with ketoconazole as treatment for advanced granulosa cell ovarian tumor. JCO. 2012;45:0346
14. Oztekin D et al. Granulosa cell tumors of the ovary: review of 43 cases. J BUON. 2012;17(3):461-4
15. Lee IH, Clinicopathologic characteristics of granulosa cell tumors of the ovary; a multicenter retrospective study. J Gynecol Oncol. 2011; 22(3):188-95.

## Dos caras de una misma moneda.

Rois Donsión, Laura<sup>1</sup>. Pallas Rodríguez, Macarena<sup>1</sup>. Anllo Lopez, Carla<sup>2</sup>. Caeiro Castelao, Jesus Manuel<sup>3</sup>

1 MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA EN CENTRO SALUD ELVIÑA. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE A CORUÑA.

2 MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA EN CENTRO SALUD SAN JOSÉ. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE A CORUÑA.

3 MÉDICO DE FAMILIA EN CENTRO SALUD ELVIÑA. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA A CORUÑA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Laura Rois Donsion. e-mail: geme.rois@gmail.com

Cad. Aten. Primaria  
Año 2020  
Volume 26 (1)  
Páx. 24-25

**Palabras clave:** hipertiroidismo, enfermedad de Graves.

### INTRODUCCIÓN

A continuación exponemos dos casos que se han recogido en la consulta de Atención Primaria y que muestran diferentes manifestaciones clínicas de una misma patología, el hipertiroidismo por enfermedad de Graves

**CASO 1:** Mujer de 60 años que consulta por presentar desde hace cuatro meses sensación de nerviosismo y pérdida de peso. Como antecedentes de interés únicamente consta en historia clínica episodios de ansiedad por lo que toma de forma ocasional bromazepam. En la anamnesis la paciente niega desencadenante emocional, refiere que no ha disminuido la ingesta e inicialmente no relata otra clínica. En la exploración física destaca un temblor fino en manos y piel caliente, no se palpa bocio ni nódulos tiroideos y no se evidencia ninguna otra alteración

**CASO 2:** Nuestro segundo caso trata de una mujer de 40 años, fumadora y con rinitis alérgica, que consulta por molestias oculares inespecíficas de semanas de evolución. En la exploración presenta enrojecimiento ocular bilateral y edema palpebral.

En relación con el primer caso a pesar de los antecedentes de ansiedad, se decide descartar organicidad solicitando una analítica general con hemograma, perfil renal y hepático, iones, y función tiroidea. En los resultados se objetiva una TSH (Hormona estimulante del tiroides) suprimida, T3 elevada (hormona triyodotironina) y aumento de transaminasas.

En el segundo caso inicialmente se sospecha una conjuntivitis alérgica y se pauta tratamiento con un colirio antihistamínico. La paciente no mejora y por su cuenta consulta en Urgencias, donde se diagnostica de sinusitis, iniciándose tratamiento, de nuevo sin mejoría por lo que vuelve a consulta. Esta segunda vez se realiza una anamnesis más minuciosa y la paciente afirma que de forma ocasional ha notado sudoración profusa, palpitaciones y astenia. Ante este cuadro se decide solicitar una analítica general igual al caso anterior, evidenciándose una TSH suprimida y una elevación de T3 y T4.

Ambas pacientes presentan un hipertiroidismo clínico. Siguiendo el protocolo del área sanitaria, se inicia tratamiento sintomático con propranolol (únicamente en el primer caso por la clínica de temblor y nerviosismo) y se deriva de forma preferente al servicio de Endocrinología, donde posteriormente se completa el estudio con anticuerpos TSI (inmunoglobulina estimulante del tiroides), que resultan elevados en ambos casos, y una gammagrafía tiroidea que muestra captación homogénea en la glándula tiroidea, confirmándose el diagnóstico de hipertiroidismo por enfermedad de Graves. Además inician el tratamiento con fármacos antitiroideos (metimazol cada 8 horas) y en el segundo caso, se recalca la importancia del abandono tabáquico y se deriva a la paciente a Oftalmología para iniciar un seguimiento conjunto de la afectación.

En el primer caso se consiguió una importante mejoría clínica y la normalización de la función tiroidea y transaminasas, tras dos meses de iniciar el tratamiento. La evolución clínica de la paciente con orbitopatía fue favorable pero más complejo, precisando pautas periódicas de corticoides intravenosos y seguimientos estrechos en oftalmología.

### CONCLUSION

La enfermedad de Graves es la causa más frecuente de hipertiroidismo, predomina en mujeres en la tercera y cuarta década de la vida y su etiología es autoinmune<sup>1,4</sup>. Cursa con la formación de anticuerpos que se unen al Receptor de la hormona estimulante del tiroides (TSI) activándolo y produciendo la síntesis y liberación de hormonas tiroideas<sup>4</sup>, dando lugar a las manifestaciones clínicas derivadas del hipertiroidismo; además puede presentar clínica independiente de la elevación de hormonas tiroideas, como la orbitopatía y la dermatopatía.<sup>1,2,3</sup>

En lo relacionado con la oftalmopatía destacar que el tabaquismo es un factor de riesgo para desarrollarla, su curso es independiente al del hipertiroidismo y en periodos de actividad puede cursar con dolor retroocular espontáneo, dolor con movimientos oculares, eritema o edema palpebral, hiperemia conjuntival y exoftalmos.<sup>1,5</sup>

Se han recogido los consentimientos informados pertinentes

**BIBLIOGRAFIA**

---

1. Alvarez Castro, Paula. Cordido Carro, María. Cordido Carballido, Fernando. Hipertiroidismo; Guía Fisterra (internet); 2018 (acceso 10 Diciembre 2019); Disponible en <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertiroidismo/>
2. Douglas S Ross. Resumen de las manifestaciones clínicas del hipertiroidismo en adultos; Uptodate (internet); 2018 (acceso 10 Diciembre 2019); Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-clinical-manifestations-of-hyperthyroidism-in-adults>
3. Miguel Calvo, Isabel. Urroz Elizalde, Mikel. Muñoz González, Francisco. Hipertiroidismo; AMF (internet); 2013 (acceso 10 Diciembre 2019); 9(9):485-494; Disponible en [https://amf-semfyc-com.mergullador.segas.es/web/article\\_ver.php?id=1184](https://amf-semfyc-com.mergullador.segas.es/web/article_ver.php?id=1184)
4. Terry F Davies. Patogenia de la enfermedad de Graves; Uptodate (internet) 2017 (acceso 10 Diciembre 2019); Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-graves-disease>
5. Terry F Davies, Henry B Burch. Características clínicas y diagnósticas de la orbitopatía de Graves ( oftalmopatía); UptoDate (internet) 2010 (acceso 10 Diciembre 2019); Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-graves-orbitopathy-ophthalmopathy>

# Ciclo Vital Familiar

## Family Life Cycle

Javier Lovo<sup>1</sup>

1 DOCTOR EN PSICOLOGÍA (PHD) POR ATLANTIC INTERNATIONAL UNIVERSITY. DOCTOR EN MEDICINA (MD) POR LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR. DIPLOMADO EN GERIATRÍA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA (INGER). DIPLOMADO EN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE POR EL INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA (INGER). ACTUALMENTE RESIDENTE DE PRIMER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR (PROGRAMA UES-ISSS)

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Javier Lovo. e-mail: jvrlovo@gmail.com

Cad. Aten. Primaria  
Año 2020  
Volume 26 (1)  
Páx. 26 - 27

La idea de un orden subyacente en la familia, es decir la existencia de cambios a lo largo del ciclo evolutivo familiar, que se adscriben a cierta regularidad o que recaen en un patrón que se puede predecir, permite la formulación del concepto de ciclo vital familiar.<sup>1</sup> Este concepto es medular para comprender la familia y desarrollar intervenciones que sean efectivas y contribuyan al bienestar del grupo familiar.

La familia es un sistema de tipo abierto, en base a la teoría general de sistemas desarrollada por Von Bertalanffy,<sup>2</sup> por cuanto mantiene una interacción recíproca entre todos sus miembros, interrelacionándose a la vez con otros sistemas abiertos, otras familias e instituciones sociales, generando influencias y obteniendo retroalimentación a su vez de todos los otros subsistemas sociales, en un intercambio continuo.

Al tratarse de un sistema abierto su interacción se mantiene en el tiempo, tanto de la familia constitutiva como de aquellas que se derivan de esta, para dar lugar a nuevas familias. Todas estos intercambios se pueden explicar dentro del modelo de ciclo vital familiar, cuyo idea fue extrapolada del patrón de ciclo vital individual, cuyas fases se intercalan y no se pueden soslayar la conformación de ambos ciclos vitales de manera simultánea.

Existen múltiples modelos para explicar el ciclo familiar, algunos más simples que otros. De los más utilizados está el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que divide la evolución familiar en seis etapas.<sup>3</sup> El modelo establece fases bien definidas tanto desde el punto de vista clínica como demográfico y sociológico. Pero para diferenciar con una mayor claridad los cambios presentes en cada etapa, se hizo necesario modificar el modelo original, subdividiendo la segunda fase en dos partes.<sup>4</sup>

La primera de estas fases se ha llamado de formación, inicia con la constitución de la pareja, que demarca la primera de las etapas evolutivas de la familia,<sup>5</sup> representa el primer ajuste de roles para los miembros de la pareja y la consecución de la relación que se había establecido en las etapas preformativas, esta etapa se convierte también en la primera de las crisis normativas de la nueva familia. Es en este punto que la nueva pareja debe definir la interacción que mantendrá, las gratificaciones matrimoniales, su sexualidad y todos los aspectos que la relación deriva, de igual forma se debe establecer límites sobre la relación que se mantendrá con las

familias constitutivas, de las que provienen los cónyuges, de manera que la incipiente relación goce de independencia y pueda madurar, en el sentido de prepararse para los nuevos cambios que vendrán en su devenir.

La etapa de extensión arrancará con el nacimiento del primer hijo, con esta transición hacia la fase parental, la familia se vuelve un trío,<sup>6</sup> en el que uno de ellos es totalmente dependiente de los otros. Se marca el inicio de la actividad procreadora de la familia, en la que los nuevos padres deben establecer los cánones que han de llevar a la práctica con sus hijos, dentro de esta fase se incluyen el nacimiento de todos los hijos posteriores, sin importar cuanto sean. Con el nacimiento de los últimos hijos de la pareja arrancará la fase de extensión completa.

La fase de extensión completa se prolonga hasta que el primer hijo abandona el hogar parenteral, hecho que circunscribe el inicio de la fase de contracción familiar, hasta ese momento la familia solo se había acrecentado, para luego pasar unos años sin cambios, pero desde este momento el círculo social y afectivo que representa la familia comienza a reducirse,<sup>7</sup> esta fase llega a su conclusión cuando el último de los hijos se marcha del hogar de sus padres, a partir de este evento se inicia la fase de contracción completa. Es en esta etapa que ambos progenitores pueden desarrollar el llamado síndrome del nido vacío, sino contienden adecuadamente con la lejanía de sus hijos y las adaptaciones que estos cambios requieren.

La fase de contracción completa termina cuando el primero de los cónyuges muere, que señala el inicio de la fase de disolución de la familia,<sup>8</sup> esta etapa se consume definitivamente, con la muerte del último de los cónyuges, que pone punto y final en la evolución de la familia.

Existen dos supuestos que fundamentan la teoría del desarrollo familiar: las familias cambian con el tiempo y, las familias tienen un principio y un fin.<sup>9</sup> Al ser un sistema dinámico, en constante interacción se hace necesario comprender la fase, por la que la familia a quien le brindamos la atención atraviesa, tanto para conocer las crisis normativas, es decir aquellas situaciones que hacen necesarios ajustes en la familia, pero que son predecibles y esperadas. También para intervenir de una mejor manera cuando las que se presenten sean crisis paranormativas o accidentales en la familia.

**CONCLUSIÓN:**

Hemos revisado las distintas etapas del ciclo vital familiar de la OMS modificado, que permite delimitar cada una de las fases por las que atraviesa la familia. algunos autores han considerado a la familia un auténtico organismo, que nace, crece, madura y muere.<sup>10</sup> Debemos de comprender que el estudio del ciclo familiar vital va más allá de la comprensión de los individuos que lo conforman, es la familia en su totalidad la que se transforma, antes de comprender al individuo se tiene que entender la familia de donde proviene, porque ésta le moldea. Comprender la familia y las facetas permite ir un paso por delante de las potenciales crisis que se pueden presentar, significa además conocer el terreno donde se ha de trabajar y comprender el punto de homeostasis al que la familia debe volver una vez superada la crisis, volviéndose así una poderosa herramienta para el medico de familia y para cualquier profesional cuyo abordaje sea del grupo familiar.

**REFERENCIAS:**

1. Beyebach M, Rodríguez A. El ciclo evolutivo familiar: crisis evolutivas. En *Espina, A y otros: Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*. Valencia: *Promolibro*. .1995
2. Von Bertalanffy L. The history and status of general systems theory. *Academy of management journal*. 1972; 15(4), 407-426.
3. Organización Mundial de la Salud. Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. (Serie de Informes Técnicos; No. 587). Ginebra, 1976.p.30-3.
4. De la Revilla AL, Fleitas CL. Enfoque familiar de los problemas psicosociales. Atención familiar: ciclo vital familiar. En : Martin Zurro A, Cano PJF. Atención primaria conceptos, organización y práctica clínica. 5ta Edición. España: *Elsevier*; 2003.
5. Herscovici P, Kopitowski K. Ciclo vital familiar y crisis. En Rubinstein AL et al (eds). Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenos Aires: *Editorial Medica Panamericana*. 2006.
6. Walsh, F. Processos normativos da família: diversidade e complexidade. Porto Alegre: *Artmed Editora*.2016.
7. Estremero J, Garcia Bianchi X. Familia y ciclo vital familiar. Manual para la salud de la mujer. Buenos Aires: *Fundación MF*. 2003: p 21.
8. Prados-Quel MÁ. La espiral del ciclo vital familiar. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*. 2007; 14, 46-59.
9. Garza T. Conceptos del desarrollo familiar. En Garza T, Gutiérrez, R. Trabajo con familias: Abordaje médico e integral. 3ra edición. México: *Manual Moderno*. 2015
10. Minuchin S, Fishman HC, Minuchin S. Family therapy techniques. Cambridge: *Harvard University Press*. 1981

# AGAMFEC

## estrea nova web

**AGAMFEC**  
ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

**O PRIMEIRO: NON FACER DANO**  
XIX XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA  
14-15 NOVEMBRO - HOTEL TALASO LOUXO LA TOJA - ILLA DE A TOXA - PONTEVEDRA

15 ARTICLES PARA LER

QUE É AGAMFEC? ACTIVIDADES FORMATIVAS ÁREA DE SOCIOS PUBLICACIÓNES CONTACTE CON AGAMFEC

NOVAS App de Agamfec - hai 1 día

AGAMFEC-SEMFYC

**PACAP**

XVI PREMIO SEMFYC  
Agamfec - 2 Agosto 2014

**Convocatoria XVI premios semFYC PACAP**

App de Agamfec

Únete a noso grupo en Facebook

4º Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar e Comunitaria

Convocatoria premios semFYC

Expansión África

Asóciate a AGAMFEC

Actividades

Foros

Revista CADERNOS

15 ARTICLES PARA LER

QUE É AGAMFEC? ACTIVIDADES FORMATIVAS ÁREA DE SOCIOS PUBLICACIÓNES CONTACTE CON AGAMFEC

NOVAS Convocatoria XVI premios semFYC PACAP - 2 Agosto 2014

**Tódolos eventos/actividades**

Atopar actividades/eventos

Preto...

26 Setembro, 2014

Curso de soporte vital avanzado cardio-traumatolóxico

HOSPITAL MONTECELO (PONTEVEDRA), Pontevedra Pontevedra

14 Novembro, 2014

O Grove Pontevedra

**Grupos de traballo**

Os grupos de traballo de Agamfec, son xunto coas vocales, a alma da nosa sociedade. Son os seus membros os que fan a investigación, o ensino, e toman o pulso ás novas demandas dos cidadáns e da nosa profesión, a buscan estratexias para actualizar coñecementos e habilidades para manterse ó día e continuar a servir a poboación. Formar parte dun grupo de traballo permíteche poñer en común experiencias con outros profesionais que teñen, dentro da medicina de familia, intereses comúns. Estes intereses levaron á creación de grupos de varios temas. Esta variedade non para de crecer ante os novos problemas de saúde e á luz de novos estilos de vida. Se vostede está interesado en participar nun grupo de traballo so ten que enviar un correo electrónico o coordinador do mesmo. Se o que queres é crear un novo grupo, póñase en contacto co coordinador de grupos (grupos@agamfec.com), non esqueza ler as normas dos grupos de traballo.

Descargar as normas de funcionamento dos Grupos de Traballo

Responsable dos grupos de traballo:  
Rosana Izquierdo Fernández, Médico de familia, Centro de saúde de Conxo, Vigo

Volume 19

- Grupo de traballo de Enfermidades respiratorias e aboraxas ao tabaquismo
- Actividade física e saúde
- Alcoholismo
- Alimentación e nutrición
- Atención á muller
- Ciruxía menor, dermatoloxía e vendaxes funcionais

CADERNOS

Volume 19 nº 1

Volume 19 nº 2

Volume 19 nº 3

Volume 19 nº 4

máis actualidade · máis información · máis participación