

Disponible en [www.revistachilenademedicinafamiliar.cl](http://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl)

REVISTA CHILENA DE

# MEDICINA *familiar*

Vol XII, N° 1  
Julio 2017  
Santiago de Chile

ISSN 0717-5965

## Artículo Original

*Significados de la experiencia de enfermedad en mujeres con diagnóstico de depresión y abandono tratamiento*

---

*Tratamiento de la fimosis con corticoides tópicos en niños mayores de 36 meses y bajo 36 meses con indicación de tratamiento quirúrgico, en atención primaria*

---

*Sexualidad en adultos mayores de la comuna de Retiro, VII región del Maule*

---

## Artículo Especial

*Hacia una epistemología integral de la medicina familiar: inflamación y evolución*

---

## TEMA CENTRAL

*Impacto de la sociedad de medicina familiar a través de sus congresos anuales*

Publicación oficial de la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile, fundada en 1999. Dirigida a los equipos de salud que se desempeñan en el ámbito de la Salud Familiar y Comunitaria. Su objetivo es la publicación y consulta de trabajos originales, revisión de temas de interés, análisis de casos y experiencias locales que lleven a fortalecer los pilares del modelo de Medicina Familiar a través de profundización de temas de utilidad común.

**Comité Editorial**

María José Alarcón Plasser  
Jorge López Gálvez  
Eleana Oyarzún Neumann  
Isabel Segovia Dreyer

**Revisores**

Ruth Depaux Vega  
Lilian Fernandez Fernandez  
Carolina González Reyes  
Nancy López Vásquez  
Angela Malebran Calderón,  
Joaquín Montero Labbé  
Macarena Moral Lopez  
Carmen Nadal Agost  
Carolina Reyes Bahamonde  
Daniela Sandoval  
Alvaro Rodrigo Tellez

**EDITORIAL**

Revista chilena de medicina familiar:  
Caminando hacia la adultez 2

---

**TEMA CENTRAL**

Impacto de la sociedad de medicina familiar  
a través de sus congresos anuales 3

---

**ARTÍCULO ORIGINAL**

Significados de la experiencia de enfermedad en mujeres con  
diagnóstico de depresión y abandono tratamiento 8

---

Tratamiento de la fimosis con corticoides tópicos en niños  
mayores de 36 meses y bajo 36 meses con indicación  
de tratamiento quirúrgico, en atención primaria 14

---

Sexualidad en adultos mayores de la comuna de Retiro,  
VII región del Maule 20

---

**ARTÍCULO ESPECIAL**

Hacia una epistemología integral de la medicina familiar:  
inflamación y evolución 24

---



# Revista chilena de medicina familiar: Caminando hacia la adultez

La Revista de Medicina Familiar se inicia en el año 1999, con el propósito de “*ser una canal de difusión y de formación en los aspectos relativos a la clínica, a la investigación, a la educación continua y a la reflexión en aspectos de relevancia en la especialidad, contribuyendo, a su vez, a la consolidación de una identidad o perfil común en quienes optan por esta disciplina. Está destinada, particularmente, a los médicos especialistas en Medicina Familiar y General, y también a aquellos no especialistas que también se desenvuelven en esta área. Sus contenidos, en muchos casos, serán del interés de otros integrantes del equipo de salud familiar, no necesariamente médicos y, también de todos aquellos que deseen conocer y acercarse a esta disciplina*” (Bozzo, 1999)

El logro de este objetivo se mantuvo hasta el año 2012, mediante publicaciones que acompañaron regularmente a sus lectores hasta el 2007, y luego de manera esporádica, momento en el que se inicia un periodo de inactividad, hasta la presente publicación.

Tal como hace mención la publicación del año 2004 “La Revista Chilena de Medicina Familiar 1999-2004: Logros y desafíos” en su Editorial, nos encontrábamos en ese entonces con una revista en su adolescencia. Después de algunos años y algunas crisis la Revista desea lograr la adultez, modernizándose, de acuerdo a los tiempos, a una publicación electrónica.

También la disciplina ha madurado, encontrando al médico familiar presente a lo largo de toda la red de salud, por supuesto en la atención de personas en el nivel primario. También en roles de liderazgo en instituciones de salud públicas y privadas, en ámbitos tan variados como la gestión en servicios de salud, dirección de centros de atención primaria, secundaria y terciaria. A su vez, se encuentran cada vez más presentes en roles claves en la academia, incidiendo significativamente en la modificación de programas de pregrado que permitan la formación de médicos con una mirada generalista, y trabajando en paralelo en incrementar progresivamente el número de médicos de familia en formación tanto por medio del aumento de plazas en los programas actuales, como por la generación de nuevos programas de postgrado. El médico de familia puede desempeñarse en estos variados escenarios, dada su capacidad de integrar, su adaptación al cambio, su habilidad para el trabajo en equipos interdisciplinarios, formación científica y humanista, generando espacios colaborativos, buscando resolver con una mirada holística las problemáticas que se le presentan.

Preocupados de su lugar de desempeño predominante, los médicos de familia han buscado resaltar el valor social de la atención primaria de salud. En relación a este esfuerzo en los últimos años se han generado instancias como la Comunidad de Prácticas en Atención Primaria, y los esfuerzos han incidido en el reciente Congreso de Atención Primaria y el documento de posición respecto del valor social de la APS. (Disponible en <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/11/Posición-respecto-del-valor-social-APS.pdf>)

En la búsqueda de documentar los distintos ámbitos, es que recobra hoy importancia la existencia de la Revista Chilena de Medicina Familiar. Los médicos de familia requieren más que nunca divulgar su quehacer, promover y difundir la investigación en la disciplina, y emprender el desafío de generar conocimiento.

Por lo anterior, la Revista intenta generar un espacio para la publicación de variados artículos de nuestra especialidad, a través de las siguientes secciones:

- *Editorial: Documento breve encargado por el comité editorial*
- *Tema Central: Experiencia u opinión de un tema relevante para la Medicina Familiar*
- *Artículos originales: Artículos de investigación científica originales*
- *Actualizaciones: Revisiones narrativas de la literatura científica con su bibliografía*
- *Análisis de casos: Casos de interés para la especialidad, con incorporación del enfoque familiar y comunitario*
- *Familia, comunidad e intersector: Experiencias individuales o en equipo, idealmente en formato buenas prácticas*
- *Gestión y liderazgo: Artículos de gestión clínica, organizacionales y de control de calidad*
- *Artículos especiales: Reflexión sobre un tema inherente a la Medicina Familiar*
- *Cartas al editor: Comentarios a artículos publicados*

La Revista pretende seguir siendo una instancia de intercambio que ofrece la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, con el objetivo de seguir desarrollando la especialidad, a partir de ahora en formato electrónico y de acceso libre.

La Sociedad Chilena de Medicina Familiar pretende que esta Revista sea una instancia de intercambio de conocimientos, experiencias, reflexiones y sueños, para seguir desarrollando la especialidad, tanto a nivel nacional como internacional, acercándonos a través de este espacio virtual, a partir de ahora en formato electrónico y de acceso libre.

COMITÉ EDITORIAL

# Impacto de la sociedad de medicina familiar a través de sus congresos anuales

**Dra. Carolina González R.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Médico Familiar Infantil, Diplomada en Educación Médica. Coordinadora del Programa de Educación de Continua de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes y parte de la Oficina de Educación Médica de la misma Universidad. Perteneció al Directorio de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar y al Comité Congreso. Mail: cgonzalezr@uandes.cl

## RESUMEN:

La Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile tiene como Misión promover el crecimiento científico y profesional de los médicos de familia y contribuir al desarrollo de la Medicina y Salud Familiar de nuestro país. Una de las actividades que ha aportado a esto han sido los Congresos que en forma ininterrumpida se han organizado en forma anual desde hace 18 años. A través de la historia de ellos uno puede observar los vaivenes que ha tenido la Sociedad y la Medicina Familiar en nuestro país. El objetivo de este artículo es mostrar esta historia.

Palabras clave: Congreso, Historia, Sociedad

La Sociedad de Medicina Familiar y General de Chile cumplió 25 años de vida. Dentro de sus estatutos se plantea como Misión promover el crecimiento científico y profesional de los médicos de familia y contribuir al desarrollo de la Medicina y Salud Familiar de nuestro país. Una de las actividades que ha aportado a esto han sido los Congresos que en forma ininterrumpida se han organizado en forma anual desde el año 1999. A través de la historia de ellos uno puede observar el desarrollo que ha tenido la Sociedad y la Medicina Familiar en Chile.

El objetivo de este artículo es mostrar esta historia, cómo han ido evolucionando y creciendo, logrando ser un evento referente y esperado tanto por los médicos familiares como por otros profesionales de la Salud interesados en la atención primaria. Se mostrará la evolución de los distintos aspectos que muestran la organización de un Congreso. Esto dejará un testimonio a generaciones futuras de Médicos Familiares entusiastas en organizar estos eventos.

## LUGARES.

El año 1999 se realiza el Primer Congreso de Medicina Familiar. En sus inicios los Congresos se organizaron en la ciudad de Santiago, donde estaba la mayor parte de los médicos expositores, Médicos Familiares y posibles asistentes al Congreso.

En el año 2003, con la idea de ampliar y descentralizar, se realiza el primer Congreso fuera de Santiago, eligiéndose como ciudad Valdivia. Esto último implicó un gran esfuerzo organizativo ya que había 2 comités que trabajaban en forma interdependientes:

## ABSTRACT:

*The Society Scientific of Family and General Medicine of Chile has as mission to promote the growth scientific and professional of the Family physician and contribute to the development of the family medicine and family health of our country. One of the activities that contributed to this have been the Conferences which have been organized annually for 18 years without interruption. Throughout the history of them, one can observe the ups and downs that had the Society and the family medicine in our country. The aim of this article is to show this history.*

*Key words: Conference, History, Society.*

uno en Santiago liderado por el Directorio, y uno en Valdivia, liderado por el Dr. Dagoberto Duarte, profesor en ese momento de la Universidad Austral. En el año 2004 se repite la experiencia en regiones, siendo esta vez en Viña del Mar, y el 2007 en Concepción.

En el año 2011 vuelve a surgir la necesidad de explorar la realización de Congresos en Regiones, por lo que se realiza en Viña del Mar, teniendo una concurrencia menor a la esperada. Es por ello por lo que nuevamente se realizan en Santiago hasta el año 2015, donde se conforma un grupo entusiasta en Puerto Montt quienes deciden organizarlo en Puerto Varas, logrando una gran afluencia de participantes. Dado esta buena recepción, se decide mantener el Congreso fuera de Santiago, siendo el año 2016 en La Serena y para el año 2017 se planifica realizarlo nuevamente en Valdivia. La existencia de un apoyo local, ya sea de un grupo y/o de las autoridades a la organización, ha facilitado el éxito de las experiencias.

## EVENTOS CONJUNTOS

El Primer Congreso de Medicina Familiar se realiza con las V Jornada de Medicina General del Adulto y Atención Primaria (AP), siendo organizados en conjunto con la Sociedad Médica de Santiago. Previo a este congreso existieron cuatro Jornadas coordinadas entre ambas sociedades.

También se aprovechan los congresos para reunir a otras personas participantes de Iberoamérica, lográndose realizar el III Congreso Chileno de Medicina Familiar junto al V Congreso de Medicina Familiar de la región Mercosur de la Confederación Iberoamericana

de Medicina Familiar (CIMF). Después, en el año 2005 se realiza, junto al Congreso y con el patrocinio de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la segunda Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, evento político que reunió autoridades sanitarias y ministeriales de todos los países de Iberoamérica, a favor del desarrollo de la Medicina Familiar en la Región. En ella se redacta y firma la Carta Compromiso “El Médico de Familia, garantía de calidad y equidad en los Sistemas de Salud de Iberoamérica”.

En el año 2008 se organiza un Congreso de carácter político nacional, en el marco de la celebración de los 30 años de Alma Ata, donde se reflexiona respecto de la renovación de la atención primaria y de la Medicina y Salud Familiar en Chile.

Entre los años 2012 y 2013 se organizan Congresos en conjunto con la Agrupación de Médicos de Atención de Primaria del Colegio Médico, logrando una gran participación de médicos de todo Chile.

Se puede ver un resumen de los lugares en que se han realizado en los Congresos y los eventos conjuntos en la Tabla N° 1.

## EXPOSITORES

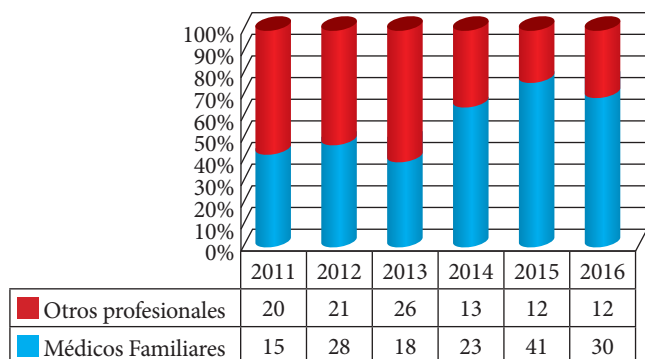
En sus principios el Congreso tenía expositores en dupla, Médicos Familiares junto a especialistas (de neurología, endocrinología, inmunología, dermatología, otorrinolaringología, traumatología, gastroenterología, infectología, broncopulmonar, etc.). Esto era dado por la experiencia de las Jornadas de Medicina General que, al ser organizado por ambas sociedades, se esmeraba en la participación de ambos socios. El médico familiar aportaba los casos y la mirada desde su especialidad, y el otro especialista aportaba con su experiencia los criterios de derivación y el manejo de los casos. La mayoría de los temas eran tratados como talleres de casos clínicos.

Esta realidad cambia a expositores generalmente únicos, con la participación paulatina de más médicos familiares, dado por el incremento de especialistas en Medicina Familiar y porque aparecen referentes importantes para la atención primaria dentro de ellos.

Esto se puede observar especialmente en los últimos 2 años (*Gráfico N° 1*) al observar la evolución de los últimos 6 años.

**Tabla N° 1 Congresos y Eventos Conjuntos Sociedad Chilena de Medicina Familiar**

Año	N° de evento	Lugar	Locación	Evento conjunto
1999	1	Santiago	Edificio Diego Portales	V Jornada de Medicina General del Adulto y Atención Primaria
2000	2	Santiago	Hotel Hyatt	
2001	3	Santiago	Hotel Hyatt	V Congreso de Medicina Familiar de la Región Mercosur de CIMF
2002	4	Santiago	Hotel Hyatt	
2003	5	Valdivia	Universidad Austral de Chile	
2004	6	Viña del Mar	Hotel del Mar	
2005	7	Santiago	Hotel Sheraton	II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar
2006	8	Santiago	Hotel Crown Plaza	
2007	9	Concepción	Suractivo	
2008	10	Santiago	Centro de Extensión Los Almendros	
2009	11	Santiago	Hotel Sheraton	
2010	12	Santiago	Universidad San Sebastián	
2011	13	Viña del Mar	Hotel O'Higgins	
2012	14	Santiago	Universidad de Chile	IX Congreso Nacional de Médicos de Atención Primaria
2013	15	Santiago	Universidad Central	X Congreso Nacional de Médicos de Atención Primaria
2014	16	Santiago	Hotel Mercure	
2015	17	Puerto Varas	Hotel Patagónico	
2016	18	La Serena	Hotel Club La Serena	

**Gráfico N° 1: Proporción de expositores en las ponencias de los Congresos****Tabla N°2: Invitados extranjeros en los Congresos**

Nombre	País
Adolfo Rubinstein	Argentina
Humberto Jure	Argentina
Néstor Suárez	Argentina
Mabel Munist	Argentina
Daniel Rodríguez	Argentina
Sergio Solmesky	Argentina
Thomas Meoño	Costa Rica
Viviana Martinez- Bianchi	EEUU
Bárbara Starfield	EEUU
Richard Roberts	EEUU
Stephen Spann	EEUU
Enrique Corvalán	EEUU
Yves Talbot	Canadá
Liliana Arias	Colombia
Isabel Louro	Cuba
Catharine George	Escocia
Francisca Molero	España
Martin Zurro	España
Verónica Casado	España
Rafael Bravo	España
Antonio Monreal	España
Manuel Gálvez	España
Howard Tandeter	Israel
Georgina Farfán	México
Sofía Cuba	Perú
Jacqueline Ponzo	Uruguay
Virginia Cardozo	Uruguay
Ana Kemayd	Uruguay

Por último, con el propósito de hacer de este evento uno de categoría internacional, se invita a profesionales extranjeros referentes en algún tema específico. En la tabla N° 2 se muestran algunos de ellos.

### TRABAJOS LIBRES

Desde sus inicios, el Congreso tuvo como finalidad mostrar y compartir experiencias y trabajos de investigación realizados dentro del contexto de Atención Primaria. Para ello se creó un espacio dentro del Programa Científico destinado a presentarlos, que fueron denominados como “Trabajos Libres”. Los trabajos son evaluados por 2 revisores en forma independiente y usando una pauta estandarizada, escogiéndose aquellos con mejor puntaje para ser presentados dentro del Congreso. Dentro del evento, se vuelven a revisar aquellos expuestos y se escogen los Mejores Trabajos en ambas categorías (Experiencia e Investigación) quienes ganan un Premio en dinero.

La modalidad de presentación ha variado con el tiempo. En momentos se optó por presentación en poster, en otros por presentación expositiva y en otros por ambos. Ambas modalidades tienen sus ventajas y desventajas que son mostradas en la Tabla N° 3.

**Tabla N°3: Comparación entre la presentación de Poster y Trabajos Libres**

	Ventajas	Desventajas
Poster	Los asistentes al Congreso pueden conocer todos los trabajos	Requiere de un espacio físico adecuado y paneles para poder exponerlos
	Se puede presentar mayor número de trabajos libres, según el número de Paneles disponibles.	Los expositores deben llevar impresos sus posters, lo que ocupa mucho espacio y existe el riesgo de estropear su presentación.
Presentación Oral	No requiere implementación adicional a las salas del Congreso	Los asistentes conocen sólo algunos trabajos según la sala seleccionada
	La presentación es fácilmente llevada a través de un Pendrive o enviada vía internet	Sólo se pueden presentar pocos Trabajos Libres, acotados por el tiempo que se tiene para presentar.
	Genera discusión y aportes de los asistentes a la sala.	Genera poca discusión, ya que el autor no siempre está o van pocos asistentes a verlo.

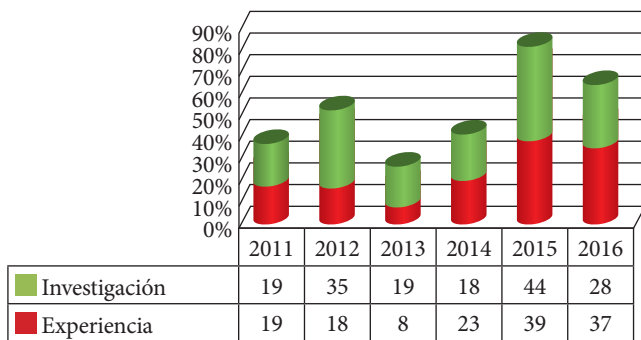
Con los años también se ha visto incremento en el número y calidad de las presentaciones. Al principio eran pocos Trabajos Libres y la mayoría eran experiencias, teniendo en el último tiempo un aumento significativo las investigaciones en Atención Primaria. (Gráfico N° 2).

**ASISTENTES**

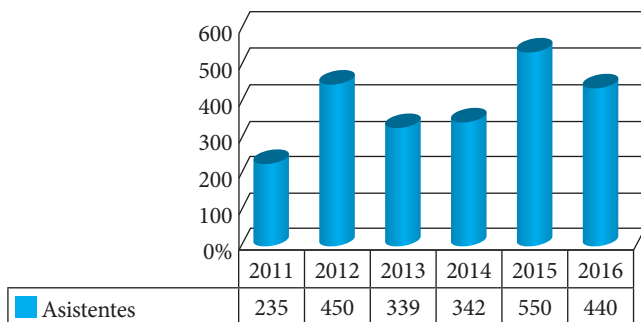
Con el apoyo político del MINSAL, los primeros Congresos fueron muy exitosos en cuanto al número de asistentes, logrando llegar hasta 650 asistentes. En los años posteriores se sufre una caída llegando a su punto más bajo en el Congreso del año 2011 con sólo 235 asistentes. En los últimos años, con los Congresos en Regiones, nuevamente se logra un impulso, movilizándolo en promedio a 500 personas.

Con respecto a la distribución de los profesionales, en los primeros años se caracterizó por predominio importante de los Médicos Generales y de otros profesionales de la Salud, siendo una minoría Médicos Familiares. Esto se ha ido revirtiendo en los últimos años, siendo en el año 2016 35.1% de los asistentes Médicos Familiares y un 21.2% Residentes de Medicina Familiar. (Gráfico N° 4).

**Gráfico N° 2: Número de Trabajos Libres por categoría enviados por año.**



**Gráfico N° 3: Evolución en la asistencia a los Congresos en los últimos 6 años.**



**ACTIVIDADES**

La metodología usada para exponer los temas dentro de los primeros Congresos eran talleres con casos clínicos. Con el correr de los años, la metodología fue cambiando a mayor clase expositiva, modificándose en los últimos años nuevamente a metodologías más participativas:

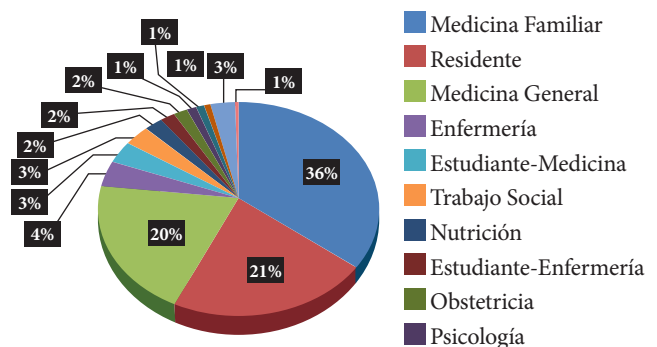
- *Mesa redonda: Donde se reúnen 2 o más expositores a presentar distintos enfoques de un tema, dirigidos por un moderador. Este último tiene como rol el de dirigir la discusión tanto entre los expositores como las preguntas del público*
- *Talleres: Espacios para un número acotado de público donde se aprende a hacer algo.*
- *Meet The Professor: Encuentro de no más de 10 personas con un expositor para conversar un tema. Actividad muy personalizada y cercana con destacados invitados del Congreso.*

Una de las actividades incorporadas de forma estable dentro del Programa Científico del Congreso es la Asamblea de Socios de la Sociedad, aprovechando que muchos socios hacen el esfuerzo para asistir al Congreso y puede haber más presencia de asistentes de regiones. Cada año se ve el número creciente de los que asisten a esta reunión, no solamente dado por el aumento en los asistentes al Congreso, sino también por el progreso en el número de socios dentro de la Sociedad.

Siguiendo esta misma lógica, en los últimos años también se agregó la Asamblea de Waynakay, movimiento de Médicos Familiares Jóvenes (Residentes o menores de 5 años de post-beca). El año 2016 fue tan importante este espacio que finalmente se creó como una Jornada Pre-Congreso, el día previo a éste.

También hay actividades sociales, en el inicio del Congreso, las noches y/o despedida, donde se invita a participar a los asistentes del Congreso en un ambiente distinto al de las exposiciones, cuyo objetivo es la distensión y el poder compartir con otros asistentes. El Cóctel de Inauguración se ha ganado un espacio permanente dentro del Congreso como una actividad de participación social e intercambio.

**Gráfico N°4: Distribución de los asistentes al Congreso Chilno de Medicina Familiar 2016**



**ROL DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA**

Lograr financiamiento libre de la Industria Farmacéutica es un sueño que desde hace tiempo se tiene dentro del Directorio de la Sociedad y del Comité de Organización del Congreso. No ha sido posible concretar este anhelo, dado que la Industria Farmacéutica financia una parte importante de este evento. Se ha estado impulsando que otro tipo de compañías (Librerías, Joyerías, Software computacionales, etc.) auspicien el evento, logrando parte del financiamiento.

La participación de la industria se da principalmente a través de los stands puestos en los lugares de circulación de gente y de la exposición de temas de interés del laboratorio, con espacio protegido dentro del Programa Científico. Otras formas de participación incluyen impresión de afiches, bolsos, carpeta o block de apuntes, lápices, etc.

**Imagen 1: Afiche del Congreso a realizarse en Valdivia el año 2017.**

**Invitado internacional**

**Dr. Macaran Baird**  
 Profesor y jefe de Medicina Familiar y Salud Comunitaria de la Universidad de Minnesota. Actualmente preside la Junta de Directores de UCare y es ex presidente de la Sociedad de Maestros de Medicina Familiar.

VALOR INSCRIPCIONES	REGISTRACIÓN TEMPRANA	TARIFA REGULAR	EN SEDE
Médicos Socios <small>Considera médicos socios de CIMF y SDCIMF</small>	Hasta el 30 de junio \$40.000	Hasta el 31 de agosto \$60.000	Hasta el 19 de octubre \$75.000
Médicos No Socios	\$80.000	\$100.000	\$120.000
Residentes MF	\$50.000	\$70.000	\$90.000
Alumnos Pre grado	\$25.000	\$30.000	\$40.000
Otros Profesionales No Médicos	\$65.000	\$80.000	\$100.000

(FECHA LIMITE PARA ENTREGA DE TRABAJOS 31 DE MAYO)

www.congresomedicinafamiliar.cl • Correo contacto: congreso@medicinafamiliar.cl

**COMITÉ CONGRESO**

Todas estas actividades y Programa no se podrían haber hecho sin el apoyo constante de gente que en forma desinteresada trabajó por más de un año en cada Comité Congreso. Este Comité tuvo períodos con mayor y menor número de personas involucradas. Desde el 2015, y gracias a la tecnología, ha logrado conformarse por más de 20 personas de 5 o más regiones del país, por lo que cada vez es más representativo de las ideas locales.

**EVALUACIÓN DEL CONGRESO**

Desde el principio y como parte de un proceso de mejora continua, se les pide a los asistentes responder una encuesta que evalúa aspectos organizativos y los temas tratados en el Congreso. Estas evaluaciones se hacían primero en formato de papel, pero en los últimos años han sido enviadas en formato digital. Este último formato tiene la facilidad de que es más fácil obtener los resultados, pero tiene la gran desventaja de poca tasa de respuesta.

Así, en el último Congreso del año 2016, se recibió sólo 38% de las encuestas esperadas por el número de los asistentes. De ellos, un 96% consideró que el Congreso estuvo Bueno o Excelente.

Se seguirán haciendo estas encuestas ya que ello ha permitido modificar aspectos de coordinación importantes como también programar temas interesantes para el siguiente congreso.

**CONCLUSIONES**

La historia de los Congresos Chilenos de Medicina Familiar ha estado muy influida por aspectos políticos dentro de Chile, por aspectos económicos de la Sociedad y por aspectos técnicos- idealistas de la Medicina Familiar. A pesar de los cambios vistos en todas las dimensiones detalladas en este artículo, es claro que este evento se ha transformado en un punto de encuentro de la especialidad donde se discuten temas atingentes e importantes para ella, logrando aportar a la Misión de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar.

Como desafío para Congresos futuros está el Internacionalizar el Congreso Nacional: La idea es traer como evento adjunto a un Congreso Regional (CIMF) o Mundial (WONCA) de tal manera de posicionar aún más a la Medicina Familiar Chilena.

**AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer especialmente a los Dres. Oscar Fernández, Reinaldo Muñoz y Macarena Moral, quienes me ayudaron a reconstruir esta historia.



# Significados de la experiencia de enfermedad en mujeres con diagnóstico de depresión y abandono tratamiento

Natalia Antonia Becerra<sup>1</sup>, Beatriz Alejandra Zavala Prati<sup>2</sup>, María Soledad Rivera Martínez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Familiar mención Adultos. Académico instructor Departamento Ciencias Médicas Universidad de Antofagasta. Mail natybecerra@gmail.com. <sup>2</sup>Médico Familiar mención Adultos, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

<sup>3</sup>PhD. Profesora Asociada, Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

## RESUMEN

La depresión mayor es una patología de alta prevalencia en Chile y el mundo, con repercusión en la calidad de vida de las personas. El tratamiento oportuno de esta patología ha demostrado ser efectivo y es considerado una prioridad sanitaria. Un obstáculo en el logro de este propósito es el abandono del tratamiento, lo que dificulta la implementación de las distintas intervenciones. Se plantea la importancia de la perspectiva del paciente para poder mejorar los programas de tratamiento. El objetivo de este estudio, es rescatar la experiencia de mujeres entre 24 y 65 años, con diagnóstico de depresión, pertenecientes al CESFAM San Alberto Hurtado, Puente Alto, que abandonaron el tratamiento. A través de un estudio fenomenológico con entrevistas en profundidad, se develaron 4 categorías comprensivas: vivencia de depresión, deseo de mejorar, circunstancias relacionadas al abandono y acciones para mejorar. Dentro de los hallazgos del estudio cabe destacar que la representación que las pacientes tienen de la depresión es diferente a la representación biomédica y que el tratamiento es secundario a otras responsabilidades ("es un lujo"). Por lo que es necesario reflexionar sobre la funcionalidad del modelo de atención.

**Palabras claves:** Trastorno depresivo mayor; Salud familiar; Prioridades en salud; Comportamiento social.

## INTRODUCCION

La depresión mayor, es un trastorno del ánimo frecuente, definido operacionalmente por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) como "trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración" <sup>(1)</sup>. Esto conlleva a una disminución de la calidad de vida y funcionalidad de las personas, con aumento de morbilidad y mortalidad <sup>(2)(3)</sup>.

Esta patología es de gran importancia debido a su prevalencia e impacto en la vida de las personas. En un estudio realizado en 18 países de altos, medios y bajos recursos, realizado el año 2011, se evidenció que la prevalencia de vida de un episodio depresivo mayor (EDM) en países de altos recursos, era de 14.6% y de 11.1% en

Major depression is a pathology of high prevalence in Chile and the world, with repercussion in the quality of life of people. The proper treatment of this pathology has proven to be effective and is considered a health priority. An obstacle in the achievement of this purpose is the abandonment of treatment, which makes it difficult to implement the different interventions. The importance of the perspective of the patient is raised in order to improve the treatment programs. The objective of this study is to rescue the experience of women between 24 and 65 years of age, diagnosed with depression, belonging to the San Alberto Hurtado Family Health Center, Puente Alto, who abandoned treatment. Through a phenomenological study with in-depth interviews, four comprehensive categories were revealed: depression experience, desire for improvement, abandonment-related circumstances, and actions to improve. Among the findings of the study, it should be noted that the representation that patients have of depression is different from the biomedical representation and that the treatment is secondary to other responsibilities ("it is a luxury"). So it is necessary to reflect on the functionality of the care model.

**Key words:** Depressive Disorder, Major [F03.600.300.375], Family Health [N01.400.300], Health Priorities [N05.300.400], Social Behavior [F01.145.813].

aquellos de medianos y bajos recursos, mientras que la prevalencia de los últimos 12 meses era de 5.9% y 5.5% respectivamente <sup>(4)</sup>.

En Chile, los valores son similares. Según el Censo del 2002, existe una prevalencia de vida de 9.2% para EDM, siendo el doble en mujeres que en hombres <sup>(5)</sup>. En la Encuesta Nacional de Salud del 2011, la prevalencia de sintomatología depresiva el último año fue de 17,2% para personas de 15 años y más, con mayor prevalencia en aquellas personas con menor nivel educativo y en mujeres entre los 25 a 44 años (27.9%) y los 45 a 64 años (30.1%) <sup>(6)</sup>.

La depresión mayor es la segunda causa de años vividos con discapacidad (AVD) y una de las principales causas de años de vida ajustado por discapacidad (AVISA) en el mundo el año 2010 <sup>(7)</sup>. En Chile, es la segunda causa específica de AVISA <sup>(8-9)</sup>.

Existe evidencia que demuestra que los trastornos depresivos tienen una buena respuesta al tratamiento con fármacos antidepresivos, psicoterapia o ambos <sup>(10,11,12)</sup>.

Es por esto que el MINSAL decidió incorporar dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES) el Trastorno Depresivo Mayor para personas de 15 años y más, implementando el “Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en Atención Primaria (APS)”. Según esta guía, toda persona tratada por depresión, independiente de la gravedad de la misma, debe recibir seguimiento por a lo menos 6 meses contados desde la remisión total de los síntomas <sup>(1)</sup>.

Se ha pesquisado problemas en la adherencia a los tratamientos, definida por la Organización Mundial de la Salud, como “medida en que el comportamiento de una persona – de tomar la medicación, seguir una dieta, y/o la ejecutar cambios de estilo de vida – se corresponde con las recomendaciones de un proveedor de atención de la salud” <sup>(13)</sup>.

En un estudio de Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile, se evidenció que los pacientes que fueron diagnosticados y recibieron el tratamiento indicado inicialmente por el médico tratante, a los tres meses del diagnóstico, 20% abandonaron el programa. Las razones que argumentaron fueron: 42,4% por “razones personales”, 30,3% relacionado con características del tratamiento que se le ofrecía y 18,2% no indicó motivos <sup>(14)</sup>.

Hay investigaciones experimentales para mejorar la adherencia en relación al tratamiento en nuestra población con buenos resultados. Dentro de estas cabe destacar un estudio donde se comparó la atención habitual versus un programa intensificado <sup>(15)</sup>, con buenos resultados y luego se evidenció de forma favorable su costo-efectividad <sup>(16)</sup>. Otro estudio posterior evaluó farmacoterapia y control telefónico de mujeres con depresión de una región pobre del país, también con resultados favorables <sup>(17)</sup>. Sin embargo estas medidas no siempre son posibles de implementar porque implican costos mayores en recursos humanos y no consideran la experiencia del paciente que está con una atención estándar.

En la región de Arauco <sup>(18)</sup>, Neira et al en 2012, evaluaron la adherencia de mujeres consultantes en APS, sobre el abandono del tratamiento de la depresión. Mediante un estudio cualitativo, se evidenció que las principales razones de abandono del tratamiento se concentraron en la existencia de obstáculos en el acceso o en la continuidad de la atención. También señalan aspectos relacionados con una percepción negativa del tratamiento recibido, especialmente del farmacológico, pero también del psicológico. Se observó que su compromiso en el tratamiento era bajo, debido a desconocimiento del diagnóstico recibido y una discordancia entre el tratamiento recibido respecto a sus expectativas y creencias.

Una baja adherencia se asocia a dificultades en lograr la mejoría de los usuarios, lo que se traduce en recaídas, aumento de los años vividos con discapacidad y mayores costos para la salud <sup>(19,20,21)</sup>. Por lo tanto parece relevante considerar la perspectiva cualitativa en los estudios, es decir la de los usuarios, pues agrega una información importante.

El MIDAP (Millennium Institute for Research in Depression and Personality) es una iniciativa que busca aumentar el conocimiento sobre depresión en nuestro país, sin embargo, dentro de los trabajos publicados, todavía no se dispone de uno desde la perspectiva fenomenológica que rescate la experiencia vivida por mujeres con depresión como intentamos evaluar en este trabajo <sup>(22)</sup>, que permitiría comprender la experiencia del paciente en relación a su enfermedad.

Profundizando en el conocimiento de la vivencia de enfermedad, el modelo explicativo introducido por Kleinman (1980) propone que existen ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento, empleadas por los implicados en el proceso clínico. Para el paciente puede ser una idea vaga con múltiples significados que provienen de sus experiencias; mientras que los médicos se basan en conocimiento científico que está continuamente siendo contrastado con nueva evidencia <sup>(23)</sup>. El problema es que ambas visiones no siempre están presentes en el discurso médico, lo que excluye una realidad que puede ser determinante a la hora de adherir a los tratamientos indicados.

Desde 1951, el sociólogo Parsons definió el concepto de “rol del enfermo” para indicar las expectativas sociales (deberes y derechos) atribuidas a la persona enferma, la cual es eximida de las responsabilidades diarias, tiene el derecho de recibir ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud y debe asumir una conducta colaborativa para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible <sup>(24)</sup>.

De este modo, la evolución objetiva de la enfermedad se ha relacionado con la gravedad, duración y edad de comienzo, vivencia subjetiva de la enfermedad, concepto de cambio, concepto de enfermedad y tratamiento deseado <sup>(23)</sup>. Mientras que la vivencia de tratamiento se ha relacionado con una nueva representación de la persona en torno a sí misma, lo que afecta la actitud que toma frente al tratamiento <sup>(23)</sup>.

El contexto de este estudio es el Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado, ubicado en la comuna de Puente Alto, la población es de 21.545 pacientes con un 64,4% adultos <sup>(25)</sup>. Los casos de Depresión entre octubre 2013 a octubre 2014 fueron 215 notificaciones GES, y 189 pacientes presentan “algún” retiro de medicamentos <sup>(26)</sup>. Lo que coincide con los episodios abiertos por los profesionales como “Depresión” y afines según los datos entregados por la Unidad de Gestión Informática. <sup>(26)</sup>

Normalmente las atenciones médicas en el CESFAM son de 20 minutos. Los profesionales son médicos cirujanos con menos de 5 años de egreso, residentes de medicina familiar o médicos familiares, ambos con mención en adultos, siendo mayor la cantidad de especialistas en APS que en la mayoría de CESFAM de la región metropolitana. Los pacientes que consultan por ánimo bajo o que se pesquisan durante la consulta porque presentan síntomas depresivos, pueden ser evaluados y diagnosticados en la misma consulta o ser derivados a una atención de 30 minutos, llamada “Ingreso de Salud Mental”, en la que el profesional dispone de más tiempo para evaluar los trastornos del ánimo que presente el paciente.

Si en alguna de esas atenciones se evidencia un Episodio Depresivo Mayor (EDM) sin planificación suicida, se realiza el diagnóstico,

notificación GES, se comienza con tratamiento farmacológico y se solicitan exámenes, según la guía GES, para descartar patologías orgánicas que pudieran estar gatillando los síntomas, que son hemograma y TSH. Los fármacos disponibles en el CESFAM son: fluoxetina, sertralina, amitriptilina, risperidona, clonazepam, alprazolam y diazepam. Si se pesquisa EDM con planificación suicida, se realiza la notificación GES y la derivación inmediata a la urgencia psiquiátrica del Hospital Barros Luco, en la comuna de San Miguel.

Los pacientes con EDM continúan su tratamiento idealmente con el mismo médico, sin embargo, debido a la rotación de profesionales y demanda para morbilidad, no siempre es posible.

El tratamiento psicológico es otorgado por psicólogas de adulto. El estamento de Salud Mental ha establecido que para la derivación a esta atención, el paciente debe ser adherente al tratamiento, acudir a sus controles médicos de forma regular y estar más compensado de sus síntomas que al momento del diagnóstico, de manera de poder trabajar mejor con ellos y obtener éxito con la terapia. En general se realiza una terapia enfocada en soluciones y con un número limitado de atenciones. Si se consideran los síntomas de un EDM, y las altas exigencias para acceder a terapia psicológica, se puede deducir razones de la poca adherencia, del círculo vicioso que se produce y que podrían explicar los fracasos de los tratamientos GES, sin embargo, habría que explorar este y otros aspectos para poder verificarlo.

El porcentaje de abandono del tratamiento en el CESFAM según el cierre de episodios GES por abandono tratamiento, era del 20% en el periodo 2013-2014. <sup>(26)</sup>

En síntesis, una vez que se ha pesquisado y diagnosticado depresión, la baja adherencia a los tratamientos y el abandono de éstos, es uno de los desafíos en el abordaje de los trastornos depresivos. La experiencia de atención en salud mental repercute en el bienestar de la población, en resultados clínicos, en la satisfacción usuaria y en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. En consecuencia, es necesario explorar a nivel local lo que está ocurriendo con los pacientes con EDM que han abandonado.

Para ello nos parece relevante considerar la experiencia de enfermedad y de los tratamientos, desde la perspectiva de los propios pacientes, para comprender en mayor profundidad lo que está ocurriendo. Es así que proponemos realizar un estudio cualitativo exploratorio y descriptivo de perspectiva fenomenológica, en mujeres con depresión inscritas en el CESFAM San Alberto Hurtado. A partir de esta información, se podrán detectar los focos sobre los que se debe actuar para optimizar la atención de estos pacientes.

El objetivo fue describir la experiencia de estar deprimida de mujeres atendidas en el CESFAM San Alberto Hurtado.

## METODO

Se utilizó una aproximación cualitativa con orientación fenomenológica, de Husserl <sup>(27)</sup>.

Posterior a la aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la Universidad Católica (15-047), se realizó la selección de participantes. Las participantes debían ser de sexo femenino entre 24 y 65 años, que desearan compartir voluntariamente su experiencia y firmaran un consentimiento informado. El sexo y edad corresponden a las características de los enfermos con mayor prevalencia de depresión en Chile publicadas en la Encuesta Nacional de Salud 2011.

Se tomó contacto telefónico con las pacientes seleccionadas de una lista proporcionada por la psicóloga del CESFAM, invitándolas a participar. Se excluyeron aquellas pacientes con alteración cognitiva u otra patología psiquiátrica diagnosticada.

La recolección de información fue a través de una entrevista individual en profundidad no estructurada <sup>(28)</sup>, durante el período de Junio a Octubre 2015, con una duración de 45 a 90 minutos (promedio 55 minutos). Se realizó la transcripción verbatim de cada una, resultando en un corpus textual de 150 páginas, para obtener la saturación de las unidades de significado.

La pregunta principal de inicio de cada entrevista fue la misma: “¿Pudiera compartir conmigo qué significó para usted la experiencia de estar con depresión?” y las preguntas de guía durante la entrevista fueron “¿Qué considera usted que influyó en el abandono del tratamiento?” y “¿Qué sugerencias nos haría para mejorar la atención?”.

Para el análisis fenomenológico se utilizó la metodología de Colaizzi en Streubert & Rinaldi (2011), adaptado por Rivera (2015) <sup>(29)</sup> en 10 etapas: 1) reducción fenomenológica (bracketing); 2) realizar y transcribir la primera entrevista; 3) primera lectura para obtener el sentido general; 4) segunda lectura para pesquisar unidades de significado (US); 5) tercera lectura para agrupar las US en categorías comprensivas; 6) repetir con cada una de las siguientes entrevistas, agrupando las unidades de significado hasta que se repiten, lo que significa que se saturan; 7) describir la estructura del fenómeno develado; 8) devolver la descripción para su validación (membercheck); 9) revisión literatura y 10) discusión de los resultados.

Se aplicaron los criterios de Guba <sup>(30, 31, 32)</sup> para obtener rigor metodológico. Corresponden a 1) transferibilidad: se refiere a si el hallazgo particular de un estudio se puede transferir a otro contexto o situación similar; para lograr esto, se describen las características de los participantes, del lugar y contexto específico donde se realizó la investigación. 2) Credibilidad: se refiere al valor de verdad o verosimilitud de los hallazgos que el investigador ha establecido; por ello la estrategia para alcanzarla es devolver a los participantes partes de los resultados de la investigación, para que determinen si reconocen su experiencia en ellas (membercheck). Este punto fue débil en el estudio, ya que no se logró con todos los participantes. 3) Fidelidad: los investigadores demuestran que los resultados han sido extraídos de los testimonios de los participantes; es decir, la fundamentación de las unidades de significado son extractos de relatos textuales de los participantes. 4) Confirmabilidad: se deja una huella detallada de la metodología aplicada (audit-trail), en las

obras escritas que se usarán para difundir los resultados, además de los archivos guardados de los productos de la investigación (consentimientos, informados, análisis, diagramas, borradores de resultados, etc.) que estén disponibles si algún miembro certificado del Comité de ética desea revisar.

En implicancias éticas se aplicaron los criterios de Emmanuel<sup>(33, 34)</sup> que corresponden a valor (importancia social del proyecto), validez científica, selección equitativa del sujeto, proporción favorable riesgo – beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto a los sujetos inscritos.

## RESULTADOS

De un total de 18 pacientes contactados, 7 no se presentaron a la entrevista. Se realizaron 11 entrevistas, 4 fueron excluidas por estar en tratamiento. El grupo de 7 participantes se describen en la Tabla 1.

Después del análisis de las entrevistas cuyas respuestas se refieren a la pregunta “¿Pudiera compartir conmigo qué significó para usted la experiencia de estar con depresión?” se develaron 4 categorías comprensivas, las cuales fueron: **vivencia de depresión, deseo de mejorar, circunstancias relacionadas al abandono y acciones para mejorar** (Tabla 2).

La **vivencia de depresión**, incluye las **emociones** de tristeza, angustia, soledad, culpa y deseos de morir. Si bien estas emociones, son parte de los criterios de diagnóstico, se rescata la forma de expresarlas, por ejemplo: “...porque yo lloraba... me quedaba sola en la casa y de la nada me ponía a llorar. Era una depresión, una angustia”.

Otra US de **vivencia** son las **experiencias corporales**, por ejemplo: “Yo he venido varias veces al médico, porque siento dolores: musculares, de espalda, de cuello, de cabeza o de articulaciones; pero las veces que he ido al médico, nunca encuentran nada”.

Otro aspecto relacionado con la **vivencia** es la **dificultad para aceptar la depresión como enfermedad**, representada con frases

como: “Para mí, la depresión es ese sentimiento de angustia que tú puedes dejar de lado y un día decir: hoy día estoy ocupada, no puedo sentirme así”.

Y la última US de **vivencia** es la **percepción de situaciones críticas asociadas a la historia personal**, como por ejemplo: “Seguía el tema del abuso, aparecían estos fantasmas de repente. Después, el tema de que me embaracé y a los siete meses mi hija tiene meningitis. Fue ahí donde engordé, de hecho. Se sumó la pena anterior con esa pena”.

La segunda categoría fue el **deseo de mejorar**, que incluye la **motivación**, el **deseo** y las **creencias**. Entre los testimonios que muestran la **motivación** a mejorar: “A lo mejor, ellos son los que me dan ánimo. Yo tengo que levantarme y no puedo dejar que el niño no almuerce. Entonces yo tengo que darme el ánimo no más”. El **deseo** se expresa como: “Siempre he tratado de recuperarme en el fondo, porque yo sé que hay algo en mí que no está bien”. Un ejemplo de **creencias** que ayudan a mejorar, fue “Yo soy bien católica, por último yo voy a la virgen de Lourdes, rezo, lloro y eso a mí me hace súper bien. Es la fe que yo tengo. Pero a veces siento que tener charlas psicológicas<sup>1</sup> hacen bien... el desahogarse”.

La tercera categoría, sobre **acciones para mejorar**, abarca las unidades de significado de **movilizarse y seguir el tratamiento**. **Movilizar** se expresa en frases que aluden a acciones concretas que las ayudan a adherir al tratamiento, por ejemplo: “De hecho, yo las veces que he estado en el psicólogo, de repente sin “lucas” para la micro, he ido caminando”. **Seguir el tratamiento** se refiere a las acciones directas de seguir las indicaciones médicas sobre el tratamiento farmacológico, como: “Sí, los antidepresivos sí me los tomaba, sobre todo cuando estaba embarazada, porque estaba como muy angustiada. Cualquier situación para mí era terrible, entonces sí me los tomaba”.

La cuarta categoría se refiere a las **circunstancias relacionadas con el abandono**, que incluyen las barreras para seguir el tratamiento. Estas barreras son situaciones concretas que dificultaban acudir a control perdiendo la continuidad en el tratamiento, como **problemas con el trabajo y cambio de terapeuta**. Las otras barreras están asociadas a situaciones personales y factores socioculturales, como la **resistencia a enfrentar situaciones dolorosas**, la **dificultad**

Tabla 1. Participantes Grupo Abandono.

Nº	Edad	Estado Civil	Nivel educativo	Nº Hijos	Nº Habitantes casa	Nº Episodios depresivos	Ocupación
1	43	Divorciada	Media incompleta	2	3	2	Asesora del hogar
2	50	Casada	Técnico	1	3	2	Independiente
3	53	Casada	Técnico	3	7	2	Dueña de casa
4	35	Casada	Media completa	2	7	8	Dueña de casa
5	47	Divorciada	Técnico	4	4	6	Independiente
6	61	Separada	Básico incompleta	5	2	2	Independiente
7	57	Casada	Universitaria	2	3	4	Jubilada

<sup>1</sup> El significado de la palabra “charlas psicológicas” alude tanto a la psicoterapia como a la entrevista.

Tabla 2. Categorías comprensivas y unidades de significado.

Categoría comprensiva	Unidades de significado	
Vivencia de depresión	Emociones	
	Experiencias corporales	
	Dificultad para aceptar la depresión	
	Percepción de situaciones asociadas a historia personal	
Deseo de mejorar	Motivación	
	Deseo	
	Creencias	
Acciones para mejorar	Movilizarse	
	Seguir el tratamiento	
Circunstancias relacionadas al abandono	Barreras concretas	Problemas con el trabajo Cambio de terapeuta
	Barreras personales y socioculturales	Resistencia a enfrentar situaciones dolorosas
		Vulnerabilidad psicológica
		Frustración de expectativas de mayor empatía de los profesionales Olvido

para aceptar la vulnerabilidad psicológica, la frustración de expectativas de mayor empatía y el olvido.

Los **problemas con el trabajo** se expresaron como: “Yo creo que fue el trabajo, porque si pedía permiso y digo que voy a control en salud mental, capaz que me despidan porque yo trabajo con niños”, y otra participante refería: “Tengo muchas responsabilidades como para hacerme cargo de mi misma”. Con respecto al **cambio de terapeuta**: “Dejé el tratamiento cuando me cambiaron de doctor. Empezar todo el proceso con una persona distinta... contarle toda mi historia”.

La **resistencia a enfrentar situaciones dolorosas** se expresa como: “Cuando yo llego a un punto con el psicólogo que logro soltarme, dejo de ir, siempre”. Tienen **dificultades para aceptar la vulnerabilidad psicológica** propia de la depresión y se comprende por el contexto de vida en la cual las responsabilidades de ser el sostén del hogar, sobrepasan el dolor personal porque deben continuar realizando las actividades de su vida diaria, por ejemplo: “No puedo dejar de trabajar ...y con lo de la depresión a veces no quiero hacer nada, pero no puedo darme el lujo de decir: hoy día no me levanto”, otra refería: “Así somos las mujeres chilenas no más, tratando de ser fuertes no más, todos los días levantarme con el mejor ánimo para ir a trabajar y para salir adelante”. Los momentos de tristeza y angustia se viven en solitario, porque consideran que vivir y tratarse la depresión es un lujo: “No quiero que nadie me hable...quiero estar sola en mi mundo...si tengo que llorar, lloraré a escondidas”. Por su parte, la **frustración de expectativas de mayor empatía de los profesionales** se expresa como: “Siento que tienen cosas más importantes de las que ocuparse que de mi pena” y “Entonces ella es súper profesional, nada de decir -eres mi amiga- no le importas”.

El **olvido**, además de ser un síntoma de la depresión, se muestra como una constante que se repetía en las participantes -“¿Y él le hizo un diagnóstico de depresión? -“No nada...” -“¿Y le indicó algún remedio?” -“Parece que me dio, pero no recuerdo”.

En consecuencia la representación que las tienen de la depresión, es diferente a la representación biomédica.

DISCUSION

Hay aspectos en relación al abandono, que aparecieron en nuestras participantes y están publicados en la literatura, como son el olvido de las horas de atención y del diagnóstico, las dificultades para asistir al centro de salud por situaciones personales, creencias personales sobre la depresión y la insatisfacción con la atención psicológica (14,18).

Cabe destacar que la mayoría de los factores están relacionados con situaciones del contexto sociocultural de las participantes.

Resultó satisfactorio para las participantes el que se les hubiera contactado telefónicamente, la entrevista en profundidad, y en los casos que fue necesario (cuatro participantes) el retomar sus controles con médico y/o psicólogo. Esto constituye una ganancia secundaria en los estudios fenomenológicos y se encuentra señalado en la literatura (32). Con estos testimonios, nos planteamos la necesidad de reflexionar sobre la funcionalidad del modelo de atención que, aunque se plantea como percibiendo la salud familiar en forma “integral”, la operacionalización es compleja porque envuelve muchos factores, alguno de los cuales no son posibles de modificar, como ocurre con los factores socioculturales y la conciencia de los profesionales. Sin embargo, es necesario continuar innovando mejorando los modelos de atención colaborativos y multidisciplinarios, que incluyan la percepción de las usuarias y de los profesionales concebidos en un contexto sociocultural determinado.

Cabe destacar que si bien la pérdida de pacientes de 18 citadas a 7 entrevistadas es algo posible en estudios de este tipo, podría ser un sesgo en relación al tipo de pacientes. Podría darse que a pesar de abandonar el tratamiento aún tienen algún vínculo con el CESFAM por lo que quisieron participar de todas formas o deseaban retomar su tratamiento o tienen otras características distintas de aquellas que no se presentaron.

## AGRADECIMIENTOS:

Estamos muy agradecidas por la ayuda recibida por: la psicóloga Bernardita Marmentini quien nos ayudó a reclutar a las pacientes; Dra. Marcela Bittner, directora del CESFAM Sal Alberto Hurtado, por permitirnos realizar el estudio en el CESFAM; Dr. Jaime Sapag, tutor del proyecto; Departamento de Salud Familiar UC por motivarnos a realizar la investigación. Finalmente, con las participantes del estudio que se comprometieron y acudieron a la entrevista.

## REFERENCIAS

1. Guía Clínica AUGÉ, Depresión en personas de 15 años y más [Internet]. Chile: Serie Guías Clínicas MINSAL; 2013. [Cited 2015-06-02]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
2. Spijker J, Graaf R, Bijl RV, et al. Functional disability and depression in the general population, Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Sept;110(3):208-214.
3. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004 May;184:386-92.
4. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011 Jul; 9:90.
5. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry*. 2006 Aug; 163(8): 1362-70.
6. Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010 [Internet]. Chile. [Cited 2015-06-02]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
7. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med*. 2013 Nov; 10(11): e1001547.
8. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, et al. Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2005 Nov [Cited 2015-06-02]; 18( 4-5 ): 263-270. From: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000900006&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900006&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000900006>.
9. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile [Internet]. Chile: OMS y Ministerio de Salud de Chile; 2006. [Cited 2015-06-02]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/chile\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf)
10. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in Primary Care. *JAMA*. 2003 Jun; 289(23): 3145
11. Geddes J, Butler R, Hatcher S, et al. Depressive disorders. *Clin Evid*. 2004 Dec;(12):1391-436.
12. Stevens L, Kinmonth AL, Peveler RC, Thompson C. The Hampshire Depression Project: development and piloting of clinical practice guidelines and education about depression in primary health care. *Med Educ*. 1997; 31:375-9.
13. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2003. [Cited 2015-06-02]. Available from: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf)
14. Alvarado R, Vega J, Sanhueza G, et al. Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2005 Oct/Nov; 18(4/5):278-86.
15. Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2003 Mar; 361(9362): 995-1000.
16. Araya R, Flynn T, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry*. 2006 Aug; 163(8):1379-87.
17. Fritsch R, Araya R, Solís J, et al. A randomized trial of pharmacotherapy with telephone monitoring to improve treatment of depression in primary care in Santiago, Chile. *Rev Med Chil*. 2007 May;135(5):587-95. Epub 2007 Jul 9.
18. Neira ME, Cova F, Nazar G, et al. Percepción de Mujeres Consultantes de Atención Primaria Sobre el Abandono del Tratamiento de Depresión. *Cienc. enferm*. [Internet]. 2012 Ago [Cited 2015-06-02]; 18( 2 ): 31-39. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000200004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200004>.
19. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, et al. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev Med Chil*. 2007 Dec; 135(12): 1591-1599.
20. Caballero L, Aragonés E, García-Campayo J, et al. Prevalence, Characteristics, and Attribution of Somatic Symptoms in Spanish Patients With Major Depressive Disorder Seeking Primary Health Care. *Psychosomatics*. 2008 Nov/Dec; 49(6): 520-529.
21. Silva G, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Med Colomb*. 2005 Oct/Dec; 30(4): 268-273.
22. MIDAP (Millennium Institute for Research in Depression and Personality) Artículos [Internet]. Santiago, Chile. [Cited 2015-06-02]. Available from: <http://www.milenio-depression.cl/index.php/articulos/>
23. Zytner R, Bernardi R, Miller D, et al. La exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* [Internet]. Tomo VII n.º 4 diciembre 2011. [Cited 2015-06-02]. Available from: <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompleto/audepp/025583272011070401.pdf>
24. Di Silvestre, C. Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. *Cinta Moebio* [Internet] 1998; 4: 181-189. [Cited 2015-06-02]. Available from: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26466/27759>
25. Informe de Evaluación, Plan de Salud Periodo 2014, Red de Centros de Salud Ancora UC
26. Datos GES UGI noviembre 2014, Encargada GES CESFAM San Alberto Hurtado
27. Husslerl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. 3ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1986
28. Rivera, M., Uribe, C. & Vera, R. (2013). Metodología de la entrevista cualitativa. Capítulo 14. Investigación Cualitativa en Enfermería. Métodos y Didáctica. Serie PALTEX. OPS/OMS. PXS10.
29. Rivera MS, Valenzuela T, Salas C, Silva K, Kusanovic JP. Meanings of lived experience during pregnancy, birth and early postpartum of parents of child's with congenital lethal anomalies, attended at the Chilean public health system. *Aquichan*, 2015 ( ep).
30. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1998.
31. Prof. Dra María Soledad Rivera Martínez Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Enfermería, Programa de Magister en Enfermería. Curso: Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería
32. Streubert, H., Carpenter, D. (2011) Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative 5th ed. Phenomenology as Method Charper 5. Philadelphia, E.E.U.U.: Lippincott Williams & Wilkins. PAGINA 75.
33. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Pellegrini A, Macklin R, eds. Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/ OMS; 1999: 33-46.
34. Rodríguez Yunta, Eduardo. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas cioms 2002. *Acta bioeth*. [online]. 2004, vol.10, n.1 [citado 2015-05-11], pp. 37-48

# Tratamiento de la fimosis con corticoides tópicos en niños mayores de 36 meses y bajo 36 meses con indicación de tratamiento quirúrgico, en atención primaria

Julio Parra Cares<sup>1</sup>, Carolina Cares Parra<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Cirujano, Unidad de Teledermatología, Cesfam San Fabián, Departamento de Redes Asistenciales, Servicio de Salud Ñuble.

<sup>2</sup> Interna de Medicina Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile.

## RESUMEN

**Introducción:** La fimosis es una condición fisiológica con una resolución espontánea sobre el 90% dentro de los tres primeros años de vida. Si no se ha resuelto a esa edad o se agregan complicaciones, las probabilidades de progresión patológica son altas. El tratamiento con corticoides se sugiere como primera línea, respaldado por su costo efectividad, alta tasa de resolución e inexistentes efectos adversos.

**Objetivo:** Describir los resultados del tratamiento con corticoides tópicos en niños con fimosis mayor a 36 meses, o menores con alguna indicación médica de tratamiento en atención primaria.

**Materiales y métodos:** Estudio longitudinal, prospectivo, concurrente que analizó 31 pacientes durante 3 años, diagnosticados con fimosis de alto grado mayores a 36 meses, y menores con alguna complicación. Se evaluó respuesta a tratamiento con betametasona

0.05%. Se registró resolución, recaídas y efectos adversos hasta 16 semanas y 2 años posterior al tratamiento.

**Resultados:** La resolución total de la intervención a corto plazo alcanzó 83.3%, con una derivación del 16.7%a cirugía. A dos años plazo la intervención resolvió el 73.3% con una derivación total a cirugía del 26.7%. En relación a los grupos intervenidos, en el grupo de niños ingresados por grado de fimosis y edad se resolvieron 80.8% en el corto plazo y 69.2% a 2 años de seguimiento. El grupo de infecciones recurrentes mostró 100% de resolución, sin recaídas a dos años.

**Conclusión:** La aplicación de betametasona 0.05% es un tratamiento efectivo, seguro y accesible en atención primaria, para la fimosis persistente en niños mayores de 3 años y en niños menores de esa edad con indicación de circuncisión.

**Palabras Claves:** fimosis, esteroides, pene, niño

## Phimosis treatment with topical corticoids in children older than 36 months and under 36 months with surgical treatment indication, in primary care

### ABSTRACT

**Introduction:** Phimosis is a physiological condition with spontaneous resolution over 90% within the first three years of life. If not resolved or complications are added, probability of disease progression is high. Corticosteroid therapy is suggested as first line, by its cost effectiveness, high resolution rate and no adverse effects.

**Objective:** To describe the results of topical corticosteroids treatment in children with more than 36 months or younger with a medical indication for treatment, in primary care.

**Methods:** longitudinal, prospective, concurrent study analyzed 31 patients during 3 years, diagnosed with high degree phimosis greater than 36 months, and younger with complications. Response to betamethasone 0.05% treatment was assessed. Resolution, relapses

and adverse effects up to 16 weeks and 2 years after treatment were recorded.

**Results:** Short term total resolution reached 83.3%, and 16.7% was sent to surgery. In two-year follow-up, total resolution reached 73.3%, and 26.7% was sent to surgery. In relation to the treatment groups, in children with high degree phimosis and age 80.8% were resolved in a short term and 69.2% in two-year follow-up. The group of recurrent infections showed 100% resolution, without relapses.

**Conclusion:** Topical betamethasone 0.05% is effective, safe and accessibility treatment in primary care for persistent phimosis in children older than 3 years and in younger children with need for circumcision.

**Keywords:** phimosis, steroids, penis, child

## INTRODUCCIÓN

La fimosis se define como la incapacidad para retraer completamente el prepucio detrás del glande. Se presenta en la mayoría de los recién nacidos y constituye una condición fisiológica, que en el 90% de los casos se resuelve en forma espontánea durante los primeros tres años de vida. A partir de esta edad, si no es tratada, en general se perpetúa hasta la adolescencia, etapa en la que requiere necesariamente una resolución quirúrgica<sup>(1,2)</sup>.

La fimosis predispone a infecciones locales (balanitis), infecciones urinarias<sup>(3,4)</sup>, de transmisión sexual<sup>(5)</sup>, parafimosis, complicaciones traumáticas sexuales y dificultades miccionales<sup>(1,2)</sup>, generando importante preocupación en los padres y siendo responsable de un número significativo de consultas, referencias a cirujanos pediátricos, y circuncisiones<sup>(6,7)</sup>.

En el último tiempo, la elección del tratamiento ha generado gran controversia. La evidencia actual respalda el uso de corticoides tópicos aplicados a la porción distal del prepucio como primera línea de tratamiento<sup>(6-10)</sup>. Estudios de buena calidad metodológica han objetivado que el uso de betametasona al 0,1% puede ser una buena alternativa a la cirugía, con un porcentaje de remisión total cercano al 90%, una recurrencia de un 20% y una inexistente incidencia de efectos adversos en un seguimiento de 8 semanas, a diferencia del 2% reportado en la circuncisión (sangrado, infección localizada, estenosis del meato, resultados cosméticos deficientes y recidiva)<sup>(1,2,6-13)</sup>.

Respecto a las indicaciones de tratamiento, hay acuerdo en tratar la fimosis en presencia de balanitis xerótica o cuando es causa de balanitis e infecciones urinarias recurrentes<sup>(14)</sup>. La edad de corte para aquellas sin comorbilidad, ha sido establecida por consenso de expertos entre 3-4 años aproximadamente<sup>(15,16)</sup>.

La ventaja del tratamiento con corticoides tópicos, en lugar de circuncisión, radica en su demostrada eficacia y seguridad, costo-efectividad, perfil de intervención clínica no invasiva y la amplia disponibilidad en todos los niveles de atención<sup>(2,6,7,17,18)</sup>.

A la luz de la evidencia actual sobre tratamiento con corticoides tópicos, en nuestro medio aún es un recurso poco explotado. El presente estudio pretende evaluar en atención primaria, la respuesta al tratamiento corticoesteroide con betametasona al 0.05%, en un grupo de niños con fimosis mayores de 3 años y menores con indicación de tratamiento, registrando porcentajes de resolución, recaídas y efectos adversos hasta 16 semanas posteriores al tratamiento y recidivas en un periodo de 2 años de seguimiento<sup>(19)</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio longitudinal, prospectivo, concurrente incluyó a 31 pacientes vistos durante 3 años (2012-2014) en un Centro de Salud Familiar (Cesfam), diagnosticados con fimosis fisiológica grado III o IV de la clasificación propuesta por Meuli y cols.<sup>(20)</sup> mayores de 36 meses, y menores de 36 meses con indicaciones de tratamiento quirúrgico por cirujano pediátrico dada interurrencias infecciosas bien documentadas, como infecciones locales (balanitis xerótica, balanitis recurrentes) a repetición e infección urinaria previamente estudiada en nivel terciario sin otra causa predisponente atribuible. Se excluyeron 4 pacientes que aunque cumplieron los criterios de

inclusión, sus representantes legales no autorizaron la intervención, los que fueron derivados a cirugía pediátrica para resolución.

El tratamiento consistió en aseo con abundante agua, secado con material desechable y aplicación tópica dos veces al día de betametasona 0.05%, en crema, acompañada de masajes en tejido prepucial estenótico.

La duración del tratamiento fue de cuatro semanas inicialmente, con registro domiciliario del día de la resolución (prepucio retráctil con glande descubierto), basado en la observación de los padres previamente entrenados, y la confirmación dentro de las 72 horas por un médico del Cesfam. Los pacientes refractarios dentro del período de observación fueron evaluados y sometidos a un nuevo ciclo de 6 semanas (máximo 8 semanas si registraban avance parcial), con control a las cuatro semanas y al fin del ciclo, también con registro domiciliario de resolución y confirmación por médico del Cesfam.

Adicionalmente, se aplicó tratamiento de rescate, para pacientes con resolución completa en un primer ciclo, que registraron una re-estenosis prepucial durante el período de observación, consistente en un ciclo idéntico al primero.

Se efectuaron controles clínicos programados con médico a las 4, 8 y 16 semanas de iniciada la aplicación del corticoide, y dos años posteriores al término del ciclo de aplicación. Se registraron efectos adversos durante el tratamiento y recidivas.

Se excluyó de este trabajo a pacientes con diagnóstico de adherencias balano-prepuciales.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética, exigido para la investigación en humanos. Todos los representantes legales de los pacientes incluidos firmaron el consentimiento informado.

## RESULTADOS

De los 31 pacientes iniciales, el 96.8% (n=30) completaron el seguimiento. En cuanto a los criterios de ingreso el 87.1% (n=27) fue por grado de fimosis y edad mayor a 36 meses (grupo A) y 12.9% (n=4) por infección bien documentada, estudiada y atribuible a la fimosis (grupo B). Los pacientes se resumen en la tabla 1.

La media de edad al momento de iniciar el tratamiento fue de 56.3 meses (DE 18.0). Para el grupo A 61.0 meses (DE 14.2) y para el B 24.0 meses (DE 4.0). En relación a la resolución de los pacientes que completaron seguimiento (n=30) posterior a un primer ciclo fue de 93.3% (n=28), con una recaída de 21.4% (n=6) de los resueltos antes de las 12 semanas.

Posterior a un segundo ciclo se resolvió el 50% de las recaídas (n=3). La resolución total de la intervención alcanzó 83.3% (n=25), con un tiempo de 4.8 semanas en promedio (DE 1.9) y una derivación del 16.7% (n=5) para resolución quirúrgica; entre ellos 2 pacientes que nunca mostraron grado de avance durante la observación y 3 recaídas que no pudieron resolverse en un nuevo ciclo.

En un plazo de dos años de seguimiento, la intervención resolvió el 73.3% (n=22) de los casos, con una derivación total a cirugía del 26.7% (n=8).



Tabla 1. Pacientes ingresados a tratamiento de fimosis con betametasona 0.05%

Edad (meses)	Grupo de ingreso	Tiempo de tratamiento	Recaída	Tiempo total resolución	Derivación a cirugía	Observaciones	Seguimiento a dos años
108	A	4	No	4	no		Sin recidiva
60	A	4	No	4	no		Sin recidiva
58	A	4	No	4	no		Sin recidiva
72	A	3	No	3	no		Sin recidiva
58	A	5	No	5	no		Sin recidiva
65	A	4	No	4	no		Sin recidiva
70	A	6	Si	no resuelve	si	nuevo ciclo (6 sem) con éxito y recaída	
65	A	4	No	4	no		Sin recidiva
66	A	5	No	5	no		Sin recidiva
68	A	4	No	4	no		Sin recidiva
86	A	4	Si	no resuelve	si	nuevo ciclo (6 sem) sin éxito	
68	A	5	Si	9	no	nuevo ciclo (4 sem) con éxito	Recidiva a los 12 meses, derivado a cirugía
59	A	4	Si	no resuelve	si	nuevo ciclo (8 sem) sin éxito	
77	A	no resuelve	No	no resuelve	si	tiempo total sin respuesta (8 sem)	
65	A	no resuelve	No	no resuelve	si	tiempo total sin respuesta (8 sem)	
59	A	4	Si	10	no	nuevo ciclo (6 sem) con éxito	Recidiva a los 15 meses, derivado a cirugía
45	A	4	No	4	no		Recidiva a los 17 meses, derivado a cirugía
53	A	5	No	5	no		Sin recidiva
38	A	6	No	6	no		Sin recidiva
46	A	3	No	3	no		Sin recidiva
54	A	5	No	5	no		Sin recidiva
52	A	-	-	-	-	pérdida de seguimiento	
54	A	6	No	6	no		Sin recidiva
46	A	2	No	2	no		Sin recidiva
48	A	5	Si	9	no	nuevo ciclo (4 sem) con éxito	Sin recidiva
52	A	5	No	4	no		Sin recidiva
56	A	5	No	4	no		Sin recidiva
22	B	4	No	4	no	balanitis a repetición	Sin recidiva
30	B	4	No	4	no	ITU	Sin recidiva
22	B	4	No	4	no	balanitis a repetición	Sin recidiva
22	B	5	No	5	no	balanitis a repetición	Sin recidiva

Desglose de características y evolución individual de los pacientes sujetos a tratamiento y seguimiento.

En relación a los grupos de tratamiento según criterio de inclusión, el grupo A mayores a 36 meses, presentó una resolución de 92.3% en un primer ciclo (n=24), con una recaída de un 25% (n=6) de los resueltos. Posterior a un segundo ciclo se resolvió la mitad de las recaídas (n=3). El porcentaje de resolución total de la intervención en el plazo de 16 semanas para el grupo A fue de 80.8% (n=21) con un tiempo promedio de 5 semanas (DE 2.1). Durante la etapa de seguimiento a largo plazo, 3 pacientes presentaron una re-estenosis prepucial y fueron derivados a circuncisión según protocolo, dando a 2 años plazo una resolutivez de 69.2% (n=18).

El grupo B, menores de 36 meses con infecciones bien documentadas (figura 1), presentó una resolución de 100%(n=4) en un primer ciclo, sin recaídas a los dos años de seguimiento, con un tiempo de 4.3 semanas promedio (DE0.5).

Paciente con fimosis y balanitis antes del tratamiento (a), posterior a tratamiento de infección local (b), y posterior a tratamiento con betametasona 0.05% (c).

Los resultados se resumen en la figura 2.

Figura 1(a)



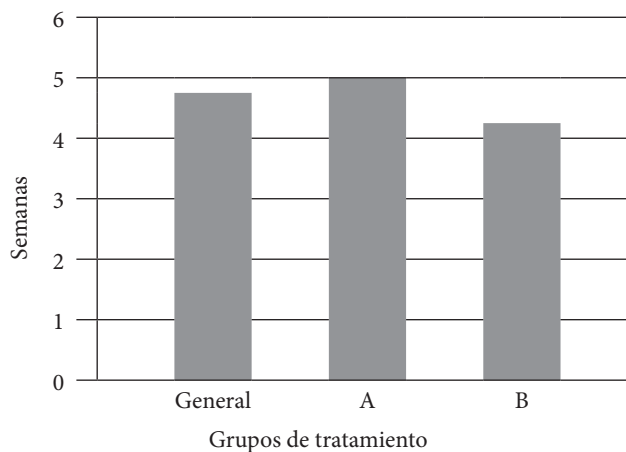
Figura 1(c)



Figura 1(b)



Figura 2. Tiempos de resolución según grupos de tratamiento



Obsérvese que no existe diferencia significativa entre los tiempos de resolución según grupos de tratamiento ( $p > 0.05$ ).

**DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos en el tratamiento de la fimosis patológica con corticoides como primera línea, sugieren un perfil de seguridad y eficacia muy prometedor. La prevalencia en la atención clínica diaria y la escasez de especialistas para su resolución quirúrgica, hace indispensable un abordaje sistemático, que permita identificar y tratar una evolución patológica de esta condición<sup>(21)</sup>. La evidencia actual, sugiere que una persistencia más allá de los 36 meses de vida tiene una discreta tasa de resolución espontánea, asimismo, también existe sustento, aunque con menos respaldo, para plantear tratamiento antes de esa edad cuando se asocia a morbilidad recurrente<sup>(2,12,15-17)</sup>. La resolución obtenida en este trabajo, coincide con la obtenida en estudios internacionales, pese a que en varios de ellos la concentración del corticoide (potencia) fue superior a la betametasona 0.05%<sup>(1,2,6-8,10,12,13)</sup>; obteniendo una mayor tasa de recidiva y fracaso de tratamiento en los niños que a los 36 meses de edad no han resuelto su fimosis. No obstante, los corticoides aplicados de manera tópica muestran ser efectivos en el rescate de pacientes con re-estenosis posterior a un primer ciclo exitoso, sin añadir efectos adversos a su utilización.

En vista de la evolución de ciertos pacientes de este primer grupo, las recaídas antes de las 16 semanas, pudiesen ser un factor predictor de recurrencia a largo plazo con necesidad posterior de derivación a cirugía, por tanto sería conveniente plantear desde un comienzo a los padres la evaluación precoz de estos niños por un cirujano.

En el grupo de niños tratados por razones distintas a la edad, el tratamiento de la complicación y posterior inclusión en el tratamiento con corticoides, muestra una respuesta superior, tanto en términos de resolución (sin recidivas), como en tiempo para que ésta ocurra, sin embargo este último alcance no es estadísticamente significativo ( $p > 0.05$ ). Se desprende de este resultado, un éxito que podría explicarse en parte por la esperable resolución espontánea del cuadro fisiológico de fimosis, sin embargo, resulta relevante plantear la posibilidad de tratar esta condición prematuramente si se hace previsible una evolución patológica y/o presenta una morbilidad aguda intercurrente, dado su rápida respuesta evidenciada. Probablemente sea necesario el diseño de un estudio que compare un grupo en que sólo se trate la patología aguda y otro en que se trate la patología aguda y la fimosis de base, para determinar el real impacto del tratamiento de la condición anatómica subyacente y establecer una recomendación sistemática definitiva. A su vez, queremos destacar que la fimosis no es causa frecuente de infecciones urinarias en niños, por lo que el abordaje primario debe centrarse en descartar causas anatómicas complejas, estudiar la función y repercusión renal del proceso infeccioso según las recomendaciones vigentes<sup>(22)</sup>, para luego, descartadas las causas graves y frecuentes, atribuir un rol a la fimosis en su predisposición.

Los buenos resultados obtenidos en todos los grupos de tratamiento, sumado a la presentación comercial de fácil acceso (betametasona al 0.05%), inexistencia de efectos adversos, la posibilidad de entrenar a los padres para un tratamiento riguroso y los costos sanitarios asociados a la atención de especialista y complicaciones de la resolución quirúrgica, apoyan una primera intención de tratar en atención primaria con terapia corticoidal, concordante con estudios previos de costo efectividad<sup>(21)</sup>.

Este estudio pretende sentar las bases para un estudio ampliado, que permita generalizar estas observaciones y consensuar un tratamiento seguro, eficaz y costo-efectivo para nuestros pacientes.

**CONCLUSIÓN**

La aplicación tópica de betametasona al 0.05% es un tratamiento efectivo, seguro y accesible en atención primaria, para la fimosis persistente en niños mayores de 3 años y en niños menores de esa edad con morbilidad recurrente asociada. La premura en su indicación, hasta que no haya más evidencia disponible, debiera estar orientada en primer lugar a prevenir una evolución patológica de la condición subyacente, y en segunda instancia, a minimizar la morbilidad aguda intercurrente.

El tratamiento debe ser indicado con cuidadosos criterios de inclusión, supervisado, con monitorización continua de efectos adversos y educación de los padres, entendiendo que hay un grupo que no responde, incluso a los ciclos de rescate, en los que será necesaria una intervención de segunda línea.

**AGRADECIMIENTOS**

Se agradece la cooperación de los colegas del Cesfam San Fabián por contribuir al estudio, reclutamiento y control de los pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Castro S F, Castro A F, Rabyb T. Fimosis y Circuncisión, Rev Chil Pediatr 2010; 81 (2): 160-165
2. Breaud J, Guys JM. Phimosis: medical treatment or circumcision? Arch Pediatr. 2005 Sep;12 (9):1424-32
3. Shim YH, Lee JW, Lee S. The risk factors of recurrent urinary tract infection in infants with normal urinary systems. J Pediatr Nephrol 2009; 24 (2): 309-12.
4. Singh-Grewal D, Macdessi J, Craig J. Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. Arch Dis Child 2005; 90 (8): 853-8.
5. Giuliano AR, Lazcano E, Villa LL, Flores R et al. Circumcision and sexual behavior: factors independently associated with human papillomavirus detection among men in the HIM study. Int J Cancer 2009 15; 124(6): 1251-7.
6. Moreno G, Corbalán J, Peñaloza B, Pantoja T. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. Cochrane Database Syst Rev 2014 Sep 2;9:CD008973. doi: 10.1002/14651858.CD008973.pub2.
7. Atilla MK, Dondaroz R, Odabas O, Ozturk H et al. A nonsurgical approach to the treatment of phimosis: local nonsteroidal anti-inflammatory ointment application. J Urol. 1997; 158: 196-7.
8. Esposito C, Centonze A. Topical steroid application versus circumcision in pediatric patients with phimosis: a prospective randomized placebo controlled clinical trial. World J Urol 2008; 26 (2): 187-90.
9. Lund L, Wai K.H, Mui L.M, Yeung C.K. Effect of Topical Steroid on Non-retractile Prepubertal Foreskin by a Prospective, Randomized, Double-blind Study, Scand J Urol Nephrol 34: 267-269, 2000

10. Orsola A, Caffaratti J, Garat JM. Conservative treatment of phimosis in children using a topical steroid. *Urology*. 2000; 56: 307-10.
11. Gargollo PC, Kozakewich HP, Bauer SB, Borer JG et al: Balanitis xerótica obliterans in boys. *J Urol* 2005; 174 (4 Pt 1): 1409-12.
12. Reddy S, Jain V, Dubey M, Deshpande P, Singal AK. Local steroid therapy as the first-line treatment for boys with symptomatic phimosis a long-term prospective study. *Acta Paediatr*. 2012 Mar;101(3):e130-3. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02534.x. Epub 2011 Dec 9.
13. Kuehhas FE, Miernik A, Sevcenco S, Tosev G, Weibl P, Schoenthaler M, Lassmann J. Predictive power of objectivation of phimosis grade on outcomes of topical 0.1% betamethasone treatment of phimosis. *Urology*. 2012 Aug; 80 (2): 412-6. doi: 10.1016/j.urology.2012.04.047. Epub 2012 Jun 29.
14. Aránguiz C, Rojas P. ¿Cuándo debo tratar a un niño con fimosis?. Departamento Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile. Enero 2009.
15. Baquedano P. Anomalías del prepucio y del pene: Malformaciones corregibles. *Pediatría al día* 2002; 18 (1): 39-40.
16. Varela P. ¿Cuál debe ser el manejo del niño con estrechez prepucial? *Rev. Chil Pediatr* 2001; 72 (4)
17. Mc Gregor T, Pike J, Leonard M. Pathologic and physiologic phimosis: approach to the phimoticforeskin . *Can Fam Physician*. 2007 Mar; 53 (3): 445-8.
18. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. En la fimosis es aconsejable el tratamiento con corticoides tópicos antes de plantearse una opción quirúrgica. *Evid Pediatr* 2007; 3: 82.
19. Riva JJ, Malik KM, Burnie SJ, Endicott AR, Busse JW. What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *J Can Chiropr Assoc*. 2012 Sep; 56 (3): 167-71.
20. Meuli M, Briner J, Hanimann B, Sacher P Lichen sclerosis et atrophicus causing phimosis in boys: a prospective study with 5-year followup after complete circumcision. *J Urol*. 1994 Sep; 152 (3): 987-9
21. Van Howe RS. Cost-effective treatment of phimosis. *Pediatrics*. 1998; 102 (4): E43.
22. Salas del C P, Barrera P, González C, Zambrano P, et al. Actualización en el diagnóstico y manejo de la Infección Urinaria en pediatría. *Rev Chil Pediatr* 2012; 83 (3): 269-278.

# Sexualidad en adultos mayores de la comuna de Retiro, VII región del Maule

Pablo Mardones Gonzalez<sup>1</sup>, Aldo De Paoli Lopez<sup>2</sup>, Paula Tapia Avello<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médico Cirujano, Hospital de Linares, Universidad Autónoma de Chile. Mail pb.mardones@gmail.com

<sup>2</sup> Médico Cirujano, Atención Primaria Talca.

<sup>3</sup> Licenciada en Enfermería.

## Resumen – Abstract

### INTRODUCCIÓN:

La sexualidad en el adulto mayor continúa siendo un tema de poco abordaje científico en atención primaria en salud (APS). En el adulto mayor existen cambios en su sexualidad y se han determinado un grupo de factores que pueden influenciar sobre el sexo satisfactorio. Se han realizado diversos estudios sobre sexualidad en la población general, enfocándose principalmente en población joven y poco en ancianos. OBJETIVOS: Conocer algunas de las características de la sexualidad de la población de adultos mayores en la comuna de Retiro. Identificar si existía interés por recibir información y/o educación respecto a sexualidad. MATERIAL Y MÉTODOS: Se encuestó a 97 adultos mayores que acudieron al CESFAM de Retiro y voluntariamente rellenaron la encuesta. Se aplicó preguntas del estudio “Hábitos sexuales del Latinoamericano – GDA 2010” y de “Estudio nacional de comportamiento sexual – Chile 2000” y se obtuvo los resultados. RESULTADOS: Se encuestó a 97 adultos mayores, de los cuales 54 correspondieron al sexo masculino y 43 al femenino. El promedio de edad de la muestra fue de 71 años. El 64% de los encuestados era casado(a). La frecuencia de relaciones sexuales en adultos mayores sexualmente activos (n=32) fue en promedio una vez cada 3 meses. El 33% de los encuestados(as) declaró haber presentado algún grado de disfunción sexual. La mayoría de los AM sexualmente activos se declaró satisfecho con su sexualidad. El 94% de los AM sexualmente activos expresó desear recibir información y/o educación respecto a sexualidad. CONCLUSIÓN: Es una necesidad contribuir con más investigación sobre sexualidad en el adulto mayor de tal manera de identificar los factores influyentes en este ámbito. Un alto porcentaje de adultos mayores que poseen actividad sexual refirió interés en recibir información y/o educación al respecto por lo cual se debe responder a esa necesidad elaborando estrategias.

### INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto de las personas que acompaña desde el momento de nacer hasta los últimos días de vida, es un concepto que no por el paso de los años debe ir siendo dejado de lado o visto de forma distinta, ya que, si bien durante el transcurso de la vida va tomando diversos significados y relevancia, es algo que en

### INTRODUCTION:

sexuality in the elderly continues to be a topic of little scientific approach in primary health care. In the older adult there are changes in their sexuality and a group of factors that can influence on the satisfactory sex have been determined. There have been several studies on sexuality in the general population, focusing mainly on young population and little on the elderly. OBJECTIVES: To know some of the characteristics of the sexuality of the elderly population in the commune of Retiro. Identify if there was interest in receiving information or education regarding sexuality. MATERIAL AND METHODS: We surveyed 97 older adults who attended the health center of Retiro and voluntarily filled out the survey. We applied questions from the study “Sexual Habits of Latin American - GDA 2010” and from “National Study of Sexual Behavior - Chile 2000” and the results were obtained. RESULTS: 97 elderly people were interviewed, of whom 54 were males and 43 were females. The average age of the sample was 71 years. 64% of the respondents were married. The frequency of sexual intercourse in sexually active older adults (n = 32) was on average once every 3 months. 33% of respondents reported having had some degree of sexual dysfunction. Most sexually active AMs were satisfied with their sexuality. 94% of the sexually active AM expressed the desire to receive information and / or education regarding sexuality. CONCLUSION: It is necessary to contribute with more research on sexuality in the elderly in order to identify influential factors in this area. A high percentage of older adults who have sexual activity reported interest in receiving information and / or education about it, which is why respond to this need by developing strategies.

ningún momento se ausenta. Es así que en los adultos mayores la sexualidad toma un importante rol para su satisfacción personal y calidad de vida.

Para realizar un abordaje íntegro de la sexualidad se mencionan 3 componentes básicos que influyen para su desarrollo pleno, los cuales son el componente biológico, el psicológico y el social. Cada uno de estos componentes mencionados puede sufrir algún deterioro o alteración, los cuales pueden influir negativamente en la expresión de sexualidad en los adultos mayores.<sup>1</sup>

En este contexto objetivo de este estudio es conocer algunas características de la sexualidad en adultos mayores de una población

atendida por un centro de salud familiar (CESFAM) localizado en la comuna de Retiro, VII región del Maule con la meta de iniciar una integración en el equipo de salud de este componente como es la sexualidad como un aspecto relevante al momento de brindar atención y apoyo a los pacientes de la tercera edad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo. Se encuestó a 97 personas mayores de 5 años, adultos mayores que acudieron al CESFAM de Retiro y voluntariamente rellenaron la encuesta. Se aplicó preguntas seleccionadas de los estudios "Hábitos sexuales del Latinoamericano - GDA 2010" y de "Estudio nacional de comportamiento sexual - Chile 2000" y se obtuvieron los resultados.

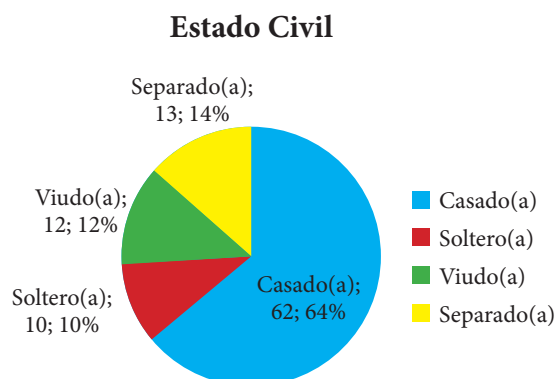
## RESULTADOS

Se aplicó preguntas seleccionadas de los estudios "Hábitos sexuales del Latinoamericano - GDA 2010" y de "Estudio nacional de comportamiento sexual - Chile 2000". Las preguntas seleccionadas son presentadas a continuación:

- Edad
- Estado civil
- ¿Cuándo fue su última relación sexual?
- ¿Se considera sexualmente activo?
- ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?
- ¿Ha presentado algún grado de disfunción sexual?
- Si ha presentado algún grado de disfunción sexual ¿consultó a un profesional por esta causa?
- ¿Cuál es su grado de satisfacción con su sexualidad?
- ¿Desea recibir información y/o educación con respecto a sexualidad en la tercera edad?

Datos de identificación (sexo, edad, estado civil)

Gráfico nro. 1: Estado civil de los encuestados.



El total de la muestra correspondió a 97 adultos mayores, de los cuales 54 correspondieron al sexo masculino (xx%) y 43 al sexo femenino (xx%). Los rangos de edad variaron entre 65 a 89 años, con un promedio de 71 años y una mediana de 73 años. La mayoría de los encuestados declaró ser casado(a) (64%) y la minoría se declaró soltero(a) (Gráfico número 1).

¿Cuándo fue su última relación sexual?

En promedio la última relación de la muestra encuestada fue de 3 años con una mediana de 4 años, con valores entre los 3 días y de 17 años previos

¿Se considera sexualmente activo?

Respondieron afirmativamente a esta pregunta un total de 32 adultos mayores y 65 niegan ser sexualmente activos.

¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?

De los adultos mayores que se consideraban sexualmente activos el promedio fue de un encuentro cada 6 meses, variando entre una vez al mes y una vez al año.

¿Ha presentado algún grado de disfunción sexual?

El 33% de los encuestados refirió haber presentado algún grado de disfunción sexual, que se detallan en el gráfico número 2, siendo el de mayor frecuencia la disfunción eréctil. De los encuestados que refirieron haber presentado algún grado de disfunción sexual sólo el 3% consultó a un profesional por esta causa.

¿Cuál es su grado de satisfacción con su sexualidad?

Se comparó el grupo de adultos mayores sexualmente activos con los que no se consideraban de la misma manera. La mayoría de los adultos mayores sexualmente activos se consideró satisfechos,

Gráfico nro. 2: Respuestas a la pregunta ¿Ha presentado algún grado de disfunción sexual?

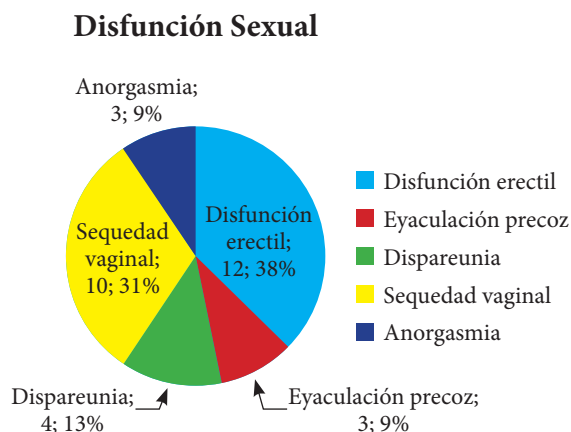
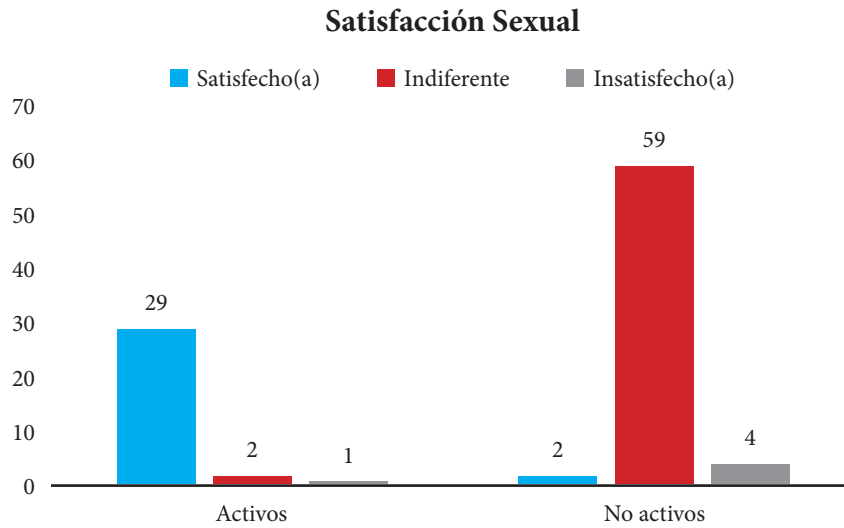


Gráfico nro. 3: Respuestas a la pregunta ¿Cuál es su grado de satisfacción con su sexualidad?



en comparación al otro grupo donde la mayoría se declaraba indiferente. El detalle de los resultados se expresa en el gráfico número 3.

*¿Desea recibir información y/o educación con respecto a sexualidad en la tercera edad?*

Respondieron afirmativamente casi la totalidad de los pacientes que se definen sexualmente activos, además destaca que un porcentaje del resto también expresó que desea recibir información y/o educación. Se detalla en el gráfico 4 los resultados de esta pregunta.

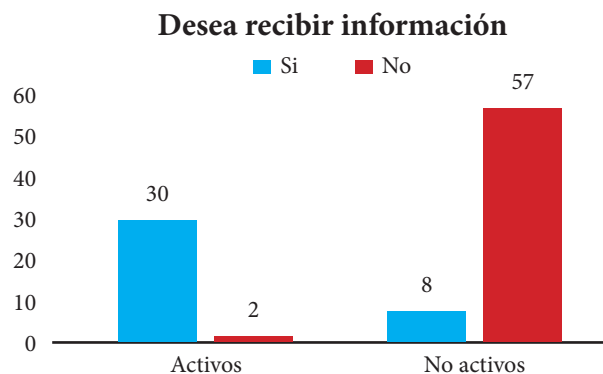
#### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En nuestro medio, la sexualidad en el adulto mayor continúa siendo un tema de poco abordaje científico<sup>2-3</sup>.

Esta investigación propuso abordar esta temática que es parte fundamental del ciclo vital de la pareja en la senilidad, sin embargo, no podemos despreciar que parte del estudio cuenta con un mínimo de pacientes encuestados y que no se tomaron en cuenta variables como la polifarmacia entre otras, por lo que es complicado tratar conclusiones al respecto; es por tanto que los autores proponen como abordaje inicial esta investigación para luego contemplar una mayor investigación de este tema en el ámbito nacional.

En el adulto mayor existen cambios en la esfera biopsicosocial<sup>3-4</sup> de las relaciones sexuales, pero se han determinado un grupo de factores<sup>3</sup> que pueden influenciar sobre el sexo satisfactorio en los pacientes ancianos; un buen estado de salud físico<sup>4</sup> y mental, existencia de un compañero/a sin limitaciones y la historia sexual previa<sup>4</sup>.

Gráfico nro. 4: Respuestas a la pregunta ¿Desea recibir información y/o educación con respecto a sexualidad en la tercera edad?



En el estudio realizado se obtiene que más de la mitad de los pacientes tenían una pareja estable, sin embargo, menos de un tercio tenían relaciones sexuales y de los cuales tenían una frecuencia de una vez cada tres meses. Esto puede ser debido a los factores analizados en este estudio como la disfunción sexual, la cual se encontraba presente en un tercio de los encuestados.

La presencia de una alteración física o mental en los pacientes involucrados en este estudio fue probablemente el factor primordial para que no existiera una relación sexual satisfactoria. Los autores hacen mención que esto puede deberse tanto a presencia de patologías crónicas<sup>3-5</sup> como diabetes mellitus, psicológicas como depresión o violencia y por último a la polifarmacia de estos pacientes; ya que el estudio de la causa de disfunción sexual no era el abordaje principal de esta investigación. Otro análisis importante fue que casi la totalidad de los encuestados evidenció que no había consultado a un profesional, un estudio más profundo debiera revisar las causas del porqué que los pacientes no consultaron a un médico o personal de la salud o cuáles son las barreras que ellos consideran.

Del análisis de los resultados no es despreciable el número de adultos mayores que desean recibir información sobre sexualidad en esta etapa de la vida, fundamentalmente los que se consideran sexualmente activos, por lo cual es fundamental el rol del equipo de salud en brindar apoyo a estos pacientes y satisfacer sus necesidades desde el punto de vista biopsicosocial.<sup>6-7</sup>

Diversas estrategias para abordar la sexualidad en la etapa avanzada de la vida de manera digital se han desarrollado en países como Estados Unidos, donde el Instituto Nacional de Envejecimiento ha implementado una página web de consulta y ha logrado un impacto que aún se está midiendo<sup>8</sup>.

Es necesario un abordaje de esta temática y de los factores asociados para que una intervención a nivel comunitario pueda ser efectiva<sup>9</sup>, no obstante, instamos a que se inicien conversaciones amplias a nivel de la atención familiar para dar abandono así a mitos y tabúes en nuestro medio respecto al sexo en la tercera edad y concientizar a todo el equipo de salud.<sup>10</sup>

Como conclusión final, hacemos mención que se requiere más investigación de la sexualidad en el adulto mayor para realizar un abordaje más holístico e integral enfocado a sus requerimientos y mejorando su calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Martínez Víctor T. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2008 Mar [citado 2016 Jul 02]; 24(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100010&lng=es).
2. Comfort A. Sexuality in Old Age. *Journal of the American Geriatrics Society* 1974[citado 02 Jul 2016]; 22: 440-442. doi: 10.1111/j.1532-5415.1974.tb04811.x
3. Wylie, K., Wood, A. & McManus, R. *Bundesgesundheitsbl* 2013[citado 02 Jul 2016]; 56: 223. doi:10.1007/s00103-012-1602-4
4. DeLamater J. Sexual expression in later life: a review and synthesis. *J Sex Res* 2010[citado 02 Jul 2016]; 49:125-141. doi: 10.1080/00224499.2011.603168.
5. Suárez R, Suárez T, Lara-Ortega M, Gómez-Soto V. La sexualidad del adulto mayor. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 2009[citado 02 Jul 2016];67(2):9-18
6. Llanes C. La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería* 2013 [citado 02 Jul 2016];29(3):223-232. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
7. Rosenblatt D. Sexualidad en las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001[citado 02 Jul 2016];36(1):8-14.
8. Sexuality in the older age. National Institute on Aging. Consultation web: July 2013. [citado 02 Jul 2016]
9. Herrera PA. Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad?. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2003[citado 02 Jul 2016];68(2):aprox. 7p. *Revista Cubana de Enfermería* 2013;29(3):223-232 Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S07175262003000200011&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07175262003000200011&lng=es)
10. Taylor A, Gosney M. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing* 2011 [citado 02 Jul 2016]; 40 (5): 538-543. doi: 10.1093/ageing/afr049



# Hacia una epistemología integral de la medicina familiar: inflamación y evolución

Sebastián Andrés Fuentes Hülse<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Familiar Universidad de Valparaíso. Docente Departamento Humanidades Médicas y Medicina Familiar. Coordinador de Comité de Cuidados Espirituales en Salud de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar

## Resumen

Se reflexiona sobre la necesidad de un fundamento explícito y coherente de epistemología y práctica para la medicina familiar. En este sentido, se identifica aproximaciones que esta disciplina ha adoptado y podría adoptar, junto con ejemplos de aplicación concreta dentro de su quehacer. Se utilizan los ejes históricos de la premodernidad, modernidad y posmodernidad para presentar cuatro enfoques epistemológicos: objetividad, subjetividad, inter-subjetividad e inter-objetividad. Se intenta identificar absolutismos y aportes en cada uno de ellos para esbozar una epistemología integral de la medicina familiar que considera el amor, la reflexividad y la trascendencia.

**Palabras clave:** epistemología, medicina familiar, posmodernidad, integral

*“En un debate intelectual, ambas partes tienden a estar en lo cierto en lo que afirman y equivocadas en lo que niegan”*

John Stuart Mill

el paradigma de medicina y salud. Una medicina familiar sin una perspectiva epistemológica clara y explícita está destinada a la incompreensión, al desdibujo y la periferia de los procesos de cambio en nuestra sociedad actual.

Este ensayo busca reflejar al menos cuatro perspectivas epistemológicas fundamentales desplegadas a lo largo de la historia de la premodernidad, la modernidad y la posmodernidad. De cada una de ellas desprenderemos visiones que tienen mucho que aportar a la medicina familiar, pero también muestran muchas parcialidades, fisuras y posibles absolutismos que nos pueden desorientar y empujar al reduccionismo y pérdida de la riqueza de lo humano<sup>1</sup>. La presentación de estas perspectivas no pretende conducir a una estructuración rígida de enfoques separados, sino más bien señalar sus diferencias y posibilidad de integración, asumiendo solapamientos, cruces, recursividades y complementariedades. Esto hace de la epistemología un área siempre novedosa y su debate frecuentemente asociado al encuentro de pasiones que acompañan al sentido que damos a nuestros mundos. El mapa no es el territorio, sólo un reflejo parcial, pero si queremos navegar por las desafiantes aguas del ser humano, sin naufragar, requeriremos del mejor y más completo mapa posible.

## INTRODUCCIÓN

¿Cuál es la epistemología de la medicina familiar? O dicho de otro modo, ¿desde dónde mira la medicina familiar? Hoy ya no basta con decir algo sobre el mundo sin más, ya no es posible diagnosticar cosas, eventos, enfermedades, personas, etc., sin decir algo más. La complejidad de nuestro mundo actual, intercultural, globalizado, tecnológico, interconectado, sujeto a tensiones y conflictos permanentes nos obliga a dar un paso más. No basta con la observación, sino que estamos interpelados a precisar desde dónde observamos, decimos o hacemos descripciones, juicios y diagnósticos. Esta interpelación nos la hacen las ciencias psicológicas y sociales, que afirman que es imposible no considerar el contexto, la cultura, las emociones, los valores e intereses en juego. Ese lugar desde donde se mira es, en breve, la perspectiva de la realidad o del conocimiento de la realidad, cuyo estudio se conoce como epistemología. Por supuesto esto no acaba allí, pues cuando hablamos de epistemología continuamos asumiendo perspectivas, lo cual puede hacer de este campo algo abstracto y resbaladizo pero, no obstante esa dificultad, resulta crucial adentrarse en él para fundamentar cualquier disciplina que pretenda cambiar

## MODERNIDAD Y MODERNITIS

La modernidad, en términos epistemológicos, es **objetividad**, certidumbre, un correcto diagnóstico analizando los componentes estructurales de una determinada cosa y fragmentándolos para su posterior estudio e instrumentalización. La manipulación de la materia desde sus pequeñas partes constituyentes promete una perspectiva única, realmente verdadera, desde la cual se explica todo de manera mecánica. Es un monólogo descriptivo del mundo en tercera persona, “ello”<sup>2</sup>, que está allá afuera esperando a ser develado. La realidad desde aquí se descubre, y la técnica es su principal aliada. Y esto, por supuesto, es cierto, pero parcial; el mundo entero es materia esparcida, visto desde los lentes de la objetividad y el materialismo científico. Pero nada se dice del observador, la subjetividad es contaminación digna de ser perseguida y anulada a través de todo tipo de métodos de control del sesgo. De aquí se desprende el empirismo positivista; empirismo porque se remite a la información obtenida de la experiencia sensorial y positivista porque exige pruebas explícitas. La perspectiva que describimos nace con personajes como Descartes y Bacon, considerados padres de la ciencia física. Es conocido que la medicina como ciencia

dura se ha montado sobre el desarrollo de la física adoptando su perspectiva epistemológica fundamental. Desde esta mirada, el conocimiento objetivo del cuerpo y la fisiología permitieron el desarrollo de la técnica, cada vez más compleja y específica, lo cual trajo enormes avances en la medicina. La medicina familiar, indudablemente, utiliza el positivismo al practicar la medicina basada en evidencia, guías clínicas, intervenciones conductuales -prescripción de conductas, hábitos y estilos de vida- y toda la gama de posibilidades que le ofrece la tecnología médica para el análisis e intervención física. Y diremos que estas potencialidades, utilizadas para fines moral y culturalmente relevantes, resultan únicas y extraordinarias.

La mirada objetiva abarca la perspectiva conductista, aquella que pretende describir en tercera persona las manifestaciones cuantificables del comportamiento humano. Aplicado al ámbito de la salud y la enfermedad mental, la medicina familiar tiende a ocupar la nomenclatura psiquiátrica de clasificación de enfermedades CIE y DSM, las cuales se basan en una tipificación de conductas, psicomotricidad, cogniciones y afectos, para luego emprender usualmente tratamientos de orden farmacológico, cognitivo y conductual. Esta práctica puede tender a sobrepatologizar y deshumanizar, un enfoque monológico que utilizado de manera aislada compartimentaliza y categoriza el cuerpo, la mente y las emociones, perdiendo así riqueza. Es frecuente ver aplicado este enfoque neurobiológico en la atención de salud mental en equipos psicosociales en centros de atención primaria, donde se impone la perspectiva y autoridad del psiquiatra que le visita de tanto en tanto en las llamadas consultorías. Esta es una conocida crítica que se le ha hecho a la neuropsiquiatría, y el médico de familia no haría bien en replicar este reduccionismo en su trabajo.

El fenómeno de reducción de lo humano a lo objetivo y la inmensa atención que se ha prestado a la técnica, ha llevado a la medicina moderna a una hiper-especialización y a lo que bien podríamos llamar *tecnicitis*, que ha significado una excesiva importancia de los métodos por sobre los fines en medicina, y ha generado que muchos médicos y gestores en salud olviden la importancia de las emociones, el vínculo, los valores, la cultura, el sentido, la relevancia, en fin, la subjetividad. Esta hipertrofia de la técnica, a nivel práctico, es la presentación de una enfermedad subyacente que podemos llamar *modernitis*, un absolutismo epistemológico positivista, una inflamación de la objetividad.

Hay una segunda forma de mirada objetiva que observa a la materia en su totalidad en interacción: el monólogo sistémico asentado en el lenguaje de "ellos"<sup>2</sup>. Resulta esperable que, al estudiar teoría sistémica y aplicarla al análisis social, familiar, e individual, pensemos que estamos superando el positivismo y creamos que estamos aplicando una perspectiva integradora, holística, contextualizada y centrada en el conjunto. Y es así, pero veremos que es sólo un paso más. Si por un lado el positivismo fragmenta la materia separando los componentes y variables en partes, el sistemismo las une en una visión de estas partes en función del todo. Por ejemplo, la perspectiva estructural<sup>3</sup> en el análisis familiar se basa en la identificación de pautas organizativas, subsistemas, normas, poder, etc., en relación al sistema familiar como una todo funcional. El enfoque sistémico podría ser considerado un conductismo social interactivo, que identifica patrones de conductas inter-dependientes y co-determinadas, en donde los fenómenos adquieren significado mediante la funcionalidad, prescindiendo,

sin embargo, de la historia e interpretación cultural. La evolución de la mirada sistémica hacia la aproximación cibernética agrega dinamismo a la observación, y los sistemas pasan a ser circuitos de retroalimentación activos e indeterminados, flujos de energía inter-retro-activos y organismos auto-eco-organizados.<sup>4</sup> Son sistemas vivos que se auto-producen en un ambiente con variables infinitas, lo cual aumenta la complejidad y amenaza con marear al observador. A estas alturas, la medicina familiar con perspectiva cibernética comienza a acostumbrarse a la incertidumbre en la observación de los sistemas familiares, sociales e individuales, tolerando y valorando los quiebres, crisis y enfermedades como oportunidades de desarrollo, re-estructuración y adaptación constante al funcionamiento del entorno. La cibernética descrita hasta aquí no se preocupaba del observador, cosa que se incluyó en la denominada "cibernética del ciberneta", o bien, cibernética de segundo orden. Esta nueva ola consideró en la ecuación al observador, quien es descrito como un sistema observante, portador de sus propias estructuras y dinámicas de observación y conocimiento -subjetividad-, mediante las cuales influye en el sistema observado con el solo hecho de observar, y se configura el sistema observador-observado. Esto no debe confundirse con una completa incorporación de la subjetividad, pues la descripción de este sujeto continua siendo en tercera persona, aquel que observa es otro sistema observado, mientras el lenguaje se mantiene apegado a la conducta, la información, la comunicación, las pautas de organización estructural, la energía y la materia. Aquí se advierte lo deslizante de la observación y la perspectiva, pues cada vez que intentamos describir un sistema, reconocemos un sistema propio observando indefinidamente. Este observador último, escurridizo, sería el sujeto real -el yo en primera persona, la conciencia- que escapa continuamente a la objetivación, como veremos. Esta infinitud de la observación llevó al desarrollo del pensamiento complejo,<sup>5</sup> que con la participación de numerosas teorías de relacionadas con la información, caos, autopoiesis, entre muchas otras, se podría considerar como un siguiente paso en la epistemología propia del dinámico mundo de las ciencias de la complejidad. Desde esta perspectiva se pretende asumir una racionalidad reflexiva ante la incertidumbre, una epistemología abierta a su propia auto-corrección, una actitud de ideas psico y socio-degradables<sup>6</sup>. Todo lo anterior puede ser entendido dentro de una misma gran epistemología de la **inter-objetividad**<sup>7</sup>, descripción racional y monológica de objetos -materia y energía- en interacción dinámica. La perspectiva sistémica, y sus variantes cibernética y compleja, han sido el "caballo de batalla" de la medicina familiar, aportándole con una gran herramienta de análisis que pretende abarcarlo todo en movimiento, y su aporte es indudable. Pero debemos recalcar sus limitaciones o, más bien, identificarla como una perspectiva, después de lo cual nuestro sujeto observante -el yo en primera persona que lee en estos momentos- se traslada a un espacio de observación nuevo y emergente.

Existe otra variante inter-objetiva muy importante de señalar, aquella que habla de las relaciones de poder. Con la contribución de la teoría crítica y los sistemas autopoieticos de Luhmann<sup>8</sup>, entre otras, se configura la perspectiva socio-crítica. Ella configura la conocida epidemiología crítica<sup>9</sup>, una postura epistemológica sostenida especialmente por la medicina social latinoamericana con autores como Granda, Breilh y Menéndez; desde esta mirada la cual la realidad no se descubre -modernidad-, ni se construye -posmodernidad-, sino que se negocia -se decide-. Da primera

importancia a las estructuras de poder -estructuralismo social- que de manera determinista definen la realidad, la vida, la salud y la enfermedad. Es la capacidad de acción y comunicación -el poder- que establece las agendas de la política pública, la cultura, las preferencias individuales y los modos de vivir y enfermar. Realiza extensos análisis y denuncias de las estructuras opresivas de poder, generalmente achacado al neoliberalismo, y es partidaria de una lucha social de clases, intereses, de reivindicaciones de minorías de todo tipo y, en definitiva, de la toma de poder y la emancipación de los pueblos. La política es medicina a gran escala, diría Virchow<sup>10</sup>. El sujeto psicológico tiende a desaparecer de escena, pues lo que importa son las grandes fuerzas político-sociales en fricción, de las cuales el individuo sería una víctima. La enfermedad, e incluso el cuerpo, son (bio)políticos. Un buen ejemplo de esta premisa epistemológica es el enfoque de derechos, desde cuyo marco la salud está puesta en un conjunto de bienes y servicios de orden público que garanticen el bienestar individual y colectivo. Es un "derecho o acceso a", por lo cual la salud parece encontrarse "allá afuera, en la sociedad, en el estado", reafirmando el carácter exterior y materialista de este enfoque. Se basa en una perspectiva sistémica -moderna- de diagnóstico de derechos incumplidos y estructuras inequitativas, déficits socio-materiales que deben ser subsanados en el territorio como en el aparato público. Este modelo de trabajo puede ser criticado porque deja afuera a las personas, a los actores, no considera las opiniones, conversaciones y modos de vida de las personas en su cultura, es impersonal y sujeto a los vaivenes de las lógicas político-partidistas. Cabe señalar que los aportes reflexivos de la medicina social latinoamericana traspasan los límites de la perspectiva socio-crítica, pues es posible identificar allí miradas multi-epistemológicas de la realidad, salud y vida, por ejemplo, en autores como Granda<sup>11</sup> y Breilh. Buen ejemplo de ello es el rescate del Buen Vivir<sup>12</sup>, noción de salud ancestral de carácter territorial, cultural, ecológico y espiritual. El gran aporte de la perspectiva socio-crítica a la medicina familiar puede ser la importancia de la determinación social de la salud, la necesidad de desenvolverse en contextos políticos cargados de intereses, realizar alianzas y negociación con grandes estructuras sociales portadoras de una incomparable capacidad de comunicación y acción sobre la sociedad y cada individuo. Además, empuja al médico de familia a asumir, inevitablemente, una postura política, la cual tendría las mayores opciones de éxito en cuanto más amplio observe y más profundo resuene.

Se dice que el médico de familia debe ser un especialista en la complejidad, lo cual es cierto, pero diría que parcial. El paradigma de la complejidad proviene de una filosofía de orientación materialista que bien describe el mundo entero en un movimiento histórico-dialéctico, pero sólo en su dimensión exterior, material, en tercera persona, y no es capaz de decir mucho -porque no lo ve, o lo supedita al cerebro- de lo que ocurre en el interior del sujeto en primera persona, en el yo, en la profundidad de la conciencia. La palabra complejidad nos sugiere pensar en materia -y dificultad, esfuerzo, tensión-, mientras que la palabra profundidad nos invita a pensar en conciencia -simpleza, vivencia, distensión-, dos enfoques filosóficos en pugna desde cientos de años, dos polos dialécticos de una unidad, dos miradas que el médico familiar necesita identificar, diferenciar e integrar. Las epistemologías materialistas tampoco son capaces de dar cuenta de aquella parte de la realidad que se da en la interacción de estas conciencias o subjetividades, en el diálogo inter-subjetivo creador de realidades diversas, aquello que nos muestran las ciencias culturales y que ha venido a llamarse la hermenéutica,

una perspectiva epistemológica propia de la posmodernidad. Desde el humanismo de las ciencias psicológicas y culturales la modernidad -positivista y sistémica- ha sido diagnosticada de *modernitis* y ha sido blanco de numerosas críticas, señalando la ingenuidad con la que muchos pensadores -y por supuesto médicos- afirman ver el mundo -y las enfermedades- sin considerar la posición histórica, política, valórica, vincular y epistemológica de quien observa. Pero, como intentaremos argumentar, la posmodernidad no es la única ni la última perspectiva posible y, desde luego, tiene todas las posibilidades de inflamarse.

### POSMODERNIDAD Y POSMODERNITIS

Antes de hablar de epistemologías posmodernas, debemos hablar de Humberto Maturana<sup>13</sup>, quien propone un giro epistemológico revolucionario que, desde la epistemología integral de este trabajo, pudiera considerársele un intermedio entre la objetividad y la subjetividad -profunda-. Maturana comenzó con una metodología y perspectiva propia de la objetividad moderna, mediante la cual intenta comprender cómo es la experiencia interna de un sistema nervioso. Resumidamente, llega a la conclusión de que cada organismo es un sistema que se autoproduce -autopoietico- mediante las estructuras con las que cuenta y nada de lo que esté fuera del alcance de esas estructuras es real para él. Esto significa que cada quien produce su realidad desde su biología y, en especial, su emocionar y su hacer. Maturana destaca el rol central del amor como una emoción que es fundamento de lo social, sin la cual no existiría la humanidad ni el convivir. Este emocionar sería el fundamento de toda acción y pensamiento, estableciendo cada modalidad emocional un dominio circunscrito de posibilidades de conducta<sup>14</sup>, por ejemplo, no podríamos empatizar ni realizar análisis reflexivo en un estado de rabia. Sólo el amor permitiría la empatía<sup>15</sup>, la reflexión, la creatividad y el cuidado. Esta mirada asume que el lenguaje es creador de realidad, en un sentido literal. Así, la perspectiva autopoietica da forma a lo que conocemos como constructivismo. Estaría presente en la medicina familiar bajo la forma de medicina centrada en la persona, en los abordajes cognitivos más actualizados y en aquellas intervenciones de carácter participativo en que se busca un aprender haciendo.

El aspecto central del paradigma de la posmodernidad es la construcción de la realidad a través de la interacción social permanente en el lenguaje. Afirma que el lenguaje crea realidad, la cual es dialógica, se da en las conversaciones, incluso en los intercambios simbólicos que mantengo conmigo mismo, fenómeno que no podría ocurrir sin una cultura repleta de significados y valoraciones subjetivas. En resumen, el paradigma posmoderno es una perspectiva epistemológica centrada en la **inter-subjetividad**<sup>7</sup>. Desde aquí, las enfermedades, la salud y la vida misma son conceptos creados y modificados en la narración; las categorías diagnósticas -conductistas- buscan ser reemplazadas por dimensiones del padecer humano, y las intervenciones se orientan más hacia conversaciones que abran otras interpretaciones del pasado, el presente y el futuro. En el ámbito de la psicología, la posmodernidad ha dado origen a la tercera ola denominada humanista. Este paradigma está muy presente en la medicina familiar hoy, lo cual se ve reflejado en los principios de: centrado en las personas, continuidad y longitudinalidad de la relación, participación social con mirada antropológica, pertinencia cultural e inter-culturalidad.

Este paradigma da lugar al enfoque hermenéutico y narrativo, el cual se aplica en muchas intervenciones grupales o familiares que trabajan con el significado compartido y, por supuesto, con el trabajo comunitario centrado en el rescate de la identidad, valores y sueños. Se afirma que la realidad es construida socio-culturalmente; cada cosa que aparece en la conciencia individual tendría un origen en los sustratos culturales heredados y depositados en el individuo desde el mismísimo inicio del desarrollo neonatal. Esto aplicaría desde el desarrollo pre-verbal hasta la construcción de un universo simbólico<sup>16</sup> que otorga sentido a todo lo que concebimos como real. Para conocer algo sería imprescindible conocer su contexto histórico y cultural. Para identificar la realidad sería imperdonable no identificar la perspectiva desde la cual se observa. Para afirmar algo, entonces, se requiere ser plenamente consciente de los constructos socioculturales que hay detrás, aspecto que se vuelve problemático, mostrándonos una delicada fisiología vulnerable de caer en otras formas de reduccionismo epistemológico.

Es muy importante mencionar a Rogers<sup>17</sup>, quien propone una actitud de profundo respeto por la dignidad humana, por la biografía de cada individuo y por el rescate del valor intrínseco de la persona, quien es finalmente dueña de su vida, su futuro y sus decisiones. El abordaje aquí se parece más al de un facilitador, un *coach*, que acompaña y ayuda a decidir en resiliencia. Es indudable que este enfoque impregna la medicina familiar desde sus inicios con una perspectiva humanista acompañadora de las realidades, cualesquiera que estas sean, y le da el sello que McWhinney propuso para nuestra disciplina.

En el ámbito de la consejería familiar la actitud cambia hacia una visión desde la cual no es tan importante conocer -diagnosticar- la estructura y dinámica familiar, sino que cobra primera relevancia el generar un vínculo, conocer las propias interpretaciones de sus vidas, hablar de necesidades y no de problemas, seguir atentamente el motivo de consulta y abrir conversaciones nuevas en las que los sujetos lleguemos a consensos y nos volvamos a narrar. Este abandono del pulcro diagnóstico se ve apoyado también por el enfoque cibernético de segundo orden que renuncia a conocer el sistema con exactitud y, acostumbrado al flujo infinito de información entre observador y observado, sólo pretende introducir ligeros cambios para un nuevo equilibrio del sistema. Volviendo al lenguaje posmoderno, dado que cada realidad es válida para su contexto, y que la familia porta su propia verdad y es responsable de su destino, el motivo de consulta resulta esencial, pues mostraría el único aspecto en el que nosotros podríamos, éticamente, intervenir. La metáfora humanista posmoderna es la horizontalidad, una mesa plana en que tú y yo interactuamos como seres iguales. Este lenguaje y óptica de la segunda persona, el "tú", que sumado al "yo" se transforma en el "nosotros", es lo que, según Wilber<sup>2</sup>, diferencia a la posmodernidad de la modernidad -centrada en la tercera persona "ello(s)". Esta plataforma plana de interacción de sujetos intenta compensar la asimetría -y opresión- propia de los abordajes modernos que sitúan al observador, médico o gestor experto en un pedestal de privilegio. Pero, como veremos, es esta delicada simetría e igualdad la que se vuelve susceptible de una inflamación epistemológica.

El problema, como argumenta Wilber<sup>2</sup>, es que los contextos culturales son deslizantes, es decir, se suceden unos tras otros desde el mismísimo inicio de la humanidad, y se proyectan hacia el futuro infinitamente. Cada momento histórico y contextual descubre

significados nuevos y pronuncia juicios -imposibles de evitar- con respecto a los anteriores<sup>3</sup>. Esto nos lleva por dos caminos, el primero, deconstruccionista, es pensar que todo conocimiento es una especie de mentira cultural, pues tarde o temprano se verá reemplazada por otra y desde aquí no nos queda más que afirmar que la verdad no existe, un nihilismo filosófico que borra con toda pretensión moral y ética. El segundo camino, construccionista, es contemplar estos contextos deslizantes como realidades culturales parciales que evolucionan generando conocimiento cada vez más amplio, es decir, verdades anidadas. Y la metáfora entonces ya no sería una mesa plana, sino una espiral tridimensional de realidades que se encadenan infinitamente. Otro aspecto problemático del abordaje posmoderno parece expresarse cuando el tiempo requerido para obtener la opinión de cada sujeto participante de cualquier diálogo sobrepasa los límites de los recursos, especialmente cuando no se llega a un consenso<sup>18</sup>. Para dialogar se requiere tiempo y espacio, y no es sorprendente entonces que éstos, propios del reino de la materia, sean los que entren en fricción con las pretensiones de la conciencia colectiva que busca reconocerse.

Otro proceso inflamatorio puede advertirse cuando esta mesa plana de interacción horizontal no deja ver las diferencias verticales de competencia, es decir, igualamos a todos los interlocutores independiente del rol e idoneidad con que éstos puedan realizar aportes. Y si la anti-jerarquía es suficientemente intensa, el avance y consenso termina siendo menos importante, incluso, que el solo hecho de expresar todas las opiniones y sentirse, una catarsis justa y necesaria, pero inefectiva si no se resguarda un equilibrio entre la preocupación por las personas y las tareas.

Otro ejemplo importante para el médico de familia es el enfoque de salud mental en atención primaria. Cuando la medicina familiar no reconoce su epistemología, o bien adopta una de carácter posmoderna igualitarista y se incorpora al trabajo de equipos psicosociales, las intervenciones suelen ser guiadas por las preferencias teóricas de cada terapeuta o las recomendaciones del psiquiatra de turno, dibujando un panorama asistemático y abierto a la repetición de intervenciones mono-epistémicas.

La posmodernidad, como postura ideológica, es contraria a la excelencia, las figuras destacadas, la competencia y las jerarquías, frente a lo cual intenta establecer una igualdad, es decir, una heterarquía. La agenda posmoderna busca liberar las voces sojuzgadas por las jerarquías opresivas, estimular el pronunciamiento de grupos y minorías silenciadas a través de la historia. Y hay que decir que este trabajo ha sido realmente necesario y notable, digno de ser alabado y apoyado. Pero si estas voces liberadas no son armonizadas bajo algún tipo de patrón, el resultado es un coro cacofónico. Las alabanzas a la diferencia, al pluralismo y al respeto por la diversidad cultural se transforman así en una *diferencitis*, *pluralitis* y *relativitis* incapaces de pronunciar algún juicio de valor. Cada quien con su verdad, cada grupo con su cultura, cada individuo con su preferencia pues el mundo te lo construyes tú -constructivismo- y tu cultura -construccionismo cultural-. Como cada verdad es válida en su contexto, y todos los contextos son iguales, ninguno mejor que otro, abdica de creer en una verdad universal. Pero este pronunciamiento sí sería una verdad universal, de lo contrario no puede aplicarse como cosmovisión. Este ha sido el argumento filosófico realizado por Skinner, Habermas y Taylor, entre otros<sup>2</sup>, al relativismo posmoderno que, dicho de otro modo, niega la existencia de verdades transculturales, excepto la suya que

aplica a todos los pueblos. Pero, como afirman las ciencias de la complejidad -y aquí destaca el valor de contrastar epistemologías-, el universo entero está constituido por sistemas dinámicos que muestran un patrón común: jerarquías funcionales anidadas, lo cual aplica a lo bio, lo psico como a lo social. Una molécula es parte de una célula, que es parte de un organismo, que es parte de una familia, etc., y no al revés. Este orden estructural jerárquico se repite en el ámbito psicosocial, en donde tanto sistemas sociales como culturales muestran este funcionamiento. El desarrollo cognitivo, por ejemplo, muestra este patrón de complejidad<sup>19</sup>, en que un nivel de desarrollo sirve como unidad de funcionamiento al siguiente nivel, no es posible realizar operaciones formales sin haber desarrollado previamente el pensamiento operacional concreto y, a su vez, el pensamiento operacional formal sirve como herramienta de trabajo para el pensamiento post-formal<sup>20</sup>. Lo anterior se aplica también al desarrollo moral<sup>21</sup>, de valores<sup>18</sup>, de la personalidad<sup>22</sup>, etc. La noción de desarrollo nos muestra un patrón que conecta y hace muy difícil sostener la igualdad universal que pretende la posmodernidad.

Habíamos dicho que la diferencia llevada al extremo deviene en *diversitis* y *relativitis*, caldo de cultivo perfecto para el despliegue del narcisismo. Cuando el panorama social se vuelve pluralista, abierto a todas y todos, y toda verdad es igualmente considerada, el yo emerge repleto de deseos e impulsos egoístas ejerciendo, como un imán, una fuerza imparable hacia todo aquello que le resulte atractivo, fenómeno descrito como *boomeritis*<sup>23</sup>, una mezcla de alto desarrollo cognitivo pluralista con un escaso desarrollo emocional e impulsividad. Según la psicología evolutiva, el desarrollo psicosocial de los individuos transita desde una orientación egocéntrica -centrada en mis necesidades e intereses-, que luego se amplía a etnocéntrica -orientado no sólo al "yo" sino también al "nosotros" del grupo de origen (familia, tribu, país, etc.)-, y de allí hacia una etapa sociocéntrica, desde la cual los individuos desarrollamos valores universales como la solidaridad, la justicia o el mismo pluralismo, orientados hacia el "todos nosotros" de la sociedad en que participamos. No es lo mismo una cultura que promueve la esclavitud versus otra que promueve la democracia, no da igual una persona que promueva el diálogo frente a otra que insista en el monólogo, las preocupaciones sociocéntricas son más amplias que aquellas egocéntricas, la justicia para la humanidad es mejor que aquella aplicada a mi nación. Hay una diferencia evolutiva que apunta hacia adelante; la psicología evolutiva muestra una direccionalidad inequívoca hacia el despliegue de etapas del desarrollo de la conciencia que intentan incluir cada vez más cosas y personas. Esta visión de profundidad y desarrollo es la que la posmodernidad omite en su mesa horizontal, y es por donde se fracturan sus pretensiones de igualdad. Pues no podemos negar que nuestro mundo está repleto de discursos egoístas, etnocéntricos, opresivos e imperialistas, que buscan silenciar, censurar, avasallar e incluso eliminar a sus adversarios políticos o extraños morales. Una actitud que destaque la diversidad e igualdad, que no se vea a sí misma como una alternativa o discurso superior, está destinada al fracaso. En otras palabras, una jerarquía opresiva -patológica- no puede ser subsanada mediante una heterarquía, sino sólo a través de una jerarquía funcional -fisiológica-. En el ámbito de la medicina, el positivismo absolutista que exige sólo evidencia cuantitativa necesita ser superado -jerárquicamente- por un neopositivismo maduro y abierto a otras perspectivas epistemológicas. Y lo importante es no negar por completo el discurso absolutista, sino tan sólo recortar su pretensión totalizante e incorporar sus

verdades y aportes. Así es como podemos identificar también un construccionismo extremo y otro moderado, un sistemismo extremo y otro moderado, etc.

El médico de familia, si pretende ocupar un rol activo y preponderante en el mundo actual, requiere asumir una perspectiva filosófica, política, valórica y epistemológica clara, firme y consciente de las jerarquías. Una postura que admita cierto grado de certeza positivista, cierto grado de incertidumbre compleja, cierto grado de relativismo pluralista, y afirmar su discurso como mejor a sus alternativas. Este manifiesto necesita de una actitud amorosa y respetuosa, en el sentido de validar los aportes de cada perspectiva y metodología, recortando sus absolutismos e incorporando sus verdades parciales, transformando la metáfora de la mesa horizontal por una espiral tridimensional en que la profundidad de la conciencia implicada es clave. Y bien. ¿Qué perspectiva histórico-filosófico-epistemológica aborda la conciencia, la profundidad y el amor?

### Premodernidad y Premodernitis

El siguiente análisis supera el contexto histórico de la premodernidad y se mezcla con los períodos posteriores, pero el hilo conductor será la noción de conciencia, profundidad, desarrollo, subjetividad y espiritualidad, principios que se originan o se relacionan estrechamente con la sabiduría perenne milenaria.

Es de común conocimiento que la medicina nace hace miles de años como una arte práctico basado en la magia, la religión y la conciencia, y que por siglos la curación estuvo a cargo de sacerdote-chamanes. Esta faceta "mágica" de la medicina persiste de algún modo hasta nuestros días, y se postula que toda interacción entre seres humanos, en la cual se establece una relación de ayuda basada en el amor, puede ser considerada como sagrada o espiritual<sup>24</sup>. La medicina en esos tiempos se basaba en la capacidad de estos médicos-chamanes de utilizar la conciencia como potencial de sanación. Se invocaba espíritus y fuerzas naturales y divinas, y el propio enfermo sanaba a través de ciertos estados de conciencia inducidos por todo tipo de técnicas. Tras siglos, estos métodos se han reproducido, refinado, ajustado y se siguen utilizando en todo el mundo a través de las medicinas alternativas, complementarias y/o integrativas, así como aquellas denominadas tradicionales o ancestrales. Estas medicinas de la conciencia persisten hasta nuestros días y en términos epistemológicos se les ha denominado fenomenología médica. La fenomenología es una perspectiva filosófica impulsada por Husserl, y su centro es considerar la realidad como la experiencia directa que se experimenta en el momento presente. "La cosa en sí misma", es la vivencia de los fenómenos tal como se presentan ante los sentidos, la mente y, como complementará la psicología transpersonal<sup>25</sup>, el alma. Esto es lo que venimos argumentando como el yo en primera persona, la conciencia individual o el sujeto último, aquél que observa eternamente. Cuando penetramos en esta epistemología, nos damos cuenta de la importancia del aquí, el ahora, la atención plena -noción que condujo al desarrollo de *mindfulness*<sup>26</sup>, y la valiosa capacidad que tiene el ser humano de mirarse, sentirse y realizar una introspección o contemplación de sí mismo. Un aspecto importante de esta perspectiva es que el instrumento de observación es siempre uno mismo, la experiencia nunca está fuera de la conciencia individual, por lo tanto, cualquier verdad afirmada desde aquí debe ser corroborada en la experiencia interior, sería

un empirismo fenomenológico. Así como el biólogo requiere años de estudio y práctica en un laboratorio para poder observar los organelos intracelulares y comprender su funcionamiento -allá afuera-, el místico requiere años de estudio y práctica contemplativa para poder observar aquellas verdades del alma y su respectiva dinámica -aquí dentro-. Ambos científicos -de la biología y la teología- resultan ser empiristas, pues lo que se busca es corroborar las verdades a través de la experiencia y la percepción; la primera lo hace con la conciencia de los sentidos y la segunda con aquella que alberga el alma. Claro está, resulta fácil y natural acceder a los sentidos, mientras que acceder a la percepción del alma requiere más tiempo y práctica. Pero lo cierto es que ambas verdades son reveladas a través de ciertas metodologías que se corresponden con perspectivas epistemológicas distintas, la primera corresponde a la perspectiva de la objetividad, la segunda, la **subjetividad** -en primera persona-. Ambos observadores deben corroborar sus hallazgos con maestros que hayan seguido adecuadamente los pasos anteriores, y encontrarán validación o falsación según los criterios de aquella comunidad científica o conocedora de su disciplina.<sup>27</sup> De esta manera podemos advertir cómo se entrelazan las metodologías de la individualidad con aquellas de la colectividad a través de una relación dialéctica. Si el médico de familia de hoy pretende aplicar una perspectiva amplia en su aproximación al conocimiento humano, debiera reconocer y validar aquellas verdades reveladas por el paradigma fenomenológico en primera persona de la medicina premoderna y, por supuesto, estar dispuesto a recortar el absolutismo que aquí también se produce y que comentaremos más abajo.

Sin corresponder esencialmente al conocimiento premoderno, existe una manera de aproximarse a las realidades de la conciencia subjetiva a través de un observador externo -enfoque moderno-, que adopta la modalidad de ciencia cualitativa, denominado estructuralismo.<sup>7</sup> Este método, impulsado por Baldwin y seguido por Kohlberg, Maslow, Graves, etc., se encuentra en las bases de la psicología evolutiva. Ella se encarga de categorizar las respuestas de los sujetos en estructuras de conciencia evolutivas, las cuales muestran, sorprendentemente, un patrón bastante predecible. La medicina familiar ha tomado de aquí sólo algunas cosas, entre las cuales destacan la teoría psicosocial del desarrollo de la personalidad<sup>22</sup>, que conduce a la teoría del ciclo vital individual, y la teoría del ciclo vital familiar<sup>3</sup>. Pero la psicología evolutiva tiene muchas otras aristas muy interesantes para la medicina familiar, las cuales nos muestran caminos por los cuales el ser humano se desarrolla. Por citar algunos ejemplos: desarrollo moral de Kohlberg<sup>21</sup>, desarrollo de la fe de Fowler<sup>30</sup>, órdenes de conciencia de Kegan<sup>31</sup>, desarrollo de valores de Graves, Beck y Cowan<sup>18</sup>, entre muchas otras. En especial esta última teoría, más conocida como Dinámica Espiral, nos muestra cómo el asunto del debate de valores no ocurre en una plataforma plana, sino que evidencia un despliegue en forma de espiral que aporta con una mirada de profundidad de cada perspectiva, desde lo egocéntrico, hacia lo etnocéntrico, hacia lo sociocéntrico, hacia lo kosmocéntrico -valores aplicados a todos los seres sensibles-. Entonces, cada vez que la medicina familiar pretenda abordar un tema deberá considerar no sólo la perspectiva epistemológica, sino además la profundidad evolutiva o altitud de la conciencia implicada. Dirección -perspectiva- y altitud -desarrollo-, dos coordenadas esenciales para hablar de conocimiento hoy, según Wilber<sup>7</sup>.

La teoría de órdenes de conciencia de Kegan<sup>31</sup>, psicólogo de la Universidad de Harvard, nos dice algo fundamental para responder a la pregunta que encabeza este ensayo. Señala: "El sujeto de un momento se transforma en el objeto del sujeto del momento siguiente". Aquí la noción de objeto se amplía, pues se refiere a todo aquello de lo que somos conscientes, sean realidades objetivas o subjetivas. Aquello que soy capaz de ver está determinado y supeditado por el sujeto u observador que soy, la identidad, y en un futuro aquellas estructuras de conciencia desde las que miro se convertirán en aspectos de mi mundo de objetos o de mi "yo" que soy capaz de ver y, por lo tanto, gestionar. Nunca somos capaces de ver al observador, así como jamás seremos capaces de mirar nuestra propia retina, a menos que contemos con un espejo, que es el mundo, el objeto. Ocuparemos más adelante esta teoría para esbozar una epistemología integral de la medicina familiar.

Siguiendo la lógica de la profundidad, debemos completar el panorama con aquellas perspectivas que han desarrollado el conocimiento pre-personal y trans-personal. Jung<sup>32,33</sup>, entre otros psicólogos de la sombra y el inconsciente -lo pre-personal-, nos enseñan que: la mente humana emerge desde la biología portadora de impulsos, instintos, deseos y automatismos; el reino de las imágenes, sueños e intuiciones, además de los conflictos interpersonales, son vías para el contacto con esa sombra; aquellos aspectos no digeridos o bien no integrados a la experiencia consciente se acumulan generando síntomas; todas las personas deben atravesar un período de estructuración de la personalidad que significa montarse por sobre las realidades biológicas gestionándolas -reprimiéndolas- de un modo variable de acuerdo a la cultura; esta sombra es proyectada al mundo como aquellos aspectos que nos llaman poderosamente la atención despertando toda clase de emociones y conflictos, lo anterior no significa que en el mundo no existan problemas sino que hay un ingrediente adicional de carga emocional y conflicto que depende del psiquismo y su biografía. La integración de la sombra, y la relación saludable y creativa con ella, sería el objetivo de desarrollo del yo, que luego puede proyectarse hacia realidades espirituales trans-personales. Esto queda bien reflejado en la psicosis de Assagioli: "El edificio de nuestro psiquismo no está compuesto sólo de un subsuelo en mal estado que necesita ser restaurado, sino que también hay diversos niveles más altos y, sobre todo, hay un ático luminoso y amplio en el que se reciben los rayos vivificantes del Sol y en el cual, a la noche, se pueden contemplar las estrellas"<sup>34</sup>. Lejos de ser una perspectiva pesimista, la comprensión del inconsciente nos permite acercarnos de frente al lado oscuro de la humanidad y darle un sentido más profundo y evolutivo. Una adecuada comprensión del largo proceso de desarrollo humano debe incluir aspectos relacionados con la sombra pues, de lo contrario, "...lejos de mejorar el mundo sólo lograremos pelearnos con aquello que queremos cambiar"<sup>35</sup>. Una medicina familiar que conozca las diferentes vertientes de la psicología, el conductismo, el psicoanálisis, el humanismo y la ola trans-personal, estaría en mejores condiciones de posicionarse tanto en equipos de salud mental como en las estrategias y decisiones de política pública que se relacionen con el desarrollo humano y la salud.

Desde una perspectiva trans-personal, se puede complementar lo que sucede en la relación mente-alma. La exposición a injurias biológicas es inevitable, así como la enfermedad del cuerpo. Ante esto la mente genera un significado y, junto con emprender tratamientos físicos, busca el sentido. Siempre enfermaremos del

cuerpo y envejeceremos, pero los significados que alcancemos de esas experiencias están abiertos al entramado biográfico y cultural, lugar en donde la enfermedad cobra sentido. Siempre es posible darle un significado a la enfermedad, y sabemos muy bien que a mayor sentido, mayor bienestar, felicidad y esperanza. Este sentido es el que nos recuerda Novoa<sup>36</sup>, médico de familia y bioeticista español, investigador del pensamiento epistemológico en médicos, al diferenciar el rigor de lo técnico con la relevancia de lo clínico, esto último muy relacionado con lo que es importante para el paciente. Esta importancia es el significado y el sentido, desde donde, y con la ayuda de la técnica y la evidencia, se han de tomar decisiones. Y esto no termina allí, porque esta relación de subordinación del sufrimiento somático al significado psicosocial, se reproduce cuando el padecer psicopatológico cobra un sentido espiritual transformador ante los ojos del alma. Cuando la conciencia de un individuo contempla los pensamientos desde el sutil y amoroso espacio del alma, el conflicto mental se vuelve tan pequeño como lo sería un panadizo para la mente. Desde aquí podemos plantear una medicina que podría llamarse “la enfermedad como camino”, perdiendo importancia las listas de prevalencia de enfermedades o causas de muerte, pues sería el sentido único e irrepetible que cada persona le da a su padecer lo que puede no sólo orientar mejor la actitud médica, sino que además permitiría la transformación de la vida de un individuo. Pero esta “confianza en la conciencia sanadora” no es inmune a la inflamación epistemológica.

El paradigma de la conciencia fenomenológica originado en la premodernidad también puede presentar absolutismos. Las teorías y metodologías del hombre premoderno carecían de la tecnología de hoy, no conocían sobre el método científico, la biología, el cerebro, los neurotransmisores, etc., como tampoco eran conscientes de la construcción de los sustratos culturales en los que se movían -muchos terapeutas alternativos de hoy tampoco-, pues no existía la ciencia cualitativa ni se contaba con un mundo globalizado. Lo que ellos poseían era su conciencia individual, y un tiempo muy largo para observar cada una de las manifestaciones del desarrollo de la conciencia del yo en primera persona. Esta comprensión del desarrollo es quizá el legado más importante de la sabiduría premoderna, la cual pone énfasis en los niveles evolutivos de la conciencia desde una aproximación fenomenológica. El modo inflamado de la perspectiva premoderna consiste en persistir en la magia, el mito y la meta-física desencarnada. Ya no es posible afirmar, sin más, que Jesús convirtió el agua en vino, como ya no es posible afirmar, sin más, que Dios habita en lo alto fuera del mundo físico, como tampoco podemos seguir afirmando que la enfermedad es producto de fuerzas demoníacas o pecados de otras vidas, sin más. Como tampoco podemos afirmar que el contenido de la conciencia individual -lo que siento y pienso- es de carácter divino y eterno, pues cada religión encuentra contenidos diferentes para sus observaciones místicas, lo cual, desde una aproximación posmoderna, resulta en evidente relación con los sustratos culturales en que han habitado. La conciencia, si ha de ser proclamada como algo divino y eterno, debería ser trasladada a un nuevo sujeto real emergente, transcultural, transracional y más parecida a un “vacío grávido”<sup>28</sup> que a un conjunto de imágenes o arquetipos de deidades antropomorfas. La inflamación premoderna es, entonces, la magia y el mito literal, en conjunto con la ausencia de pruebas de falsación del conocimiento, es decir, una fe mantenida lejos de la ciencia o cualquier forma de pensamiento crítico. Esta *premodernitis* puede manifestarse también como un exclusivismo<sup>29</sup>, en donde la perspectiva de la religión y la espiritualidad en la clínica médica se

produce sólo a través de una visión religiosa monocular; la sanación espiritual se da sólo por el camino de una creencia o técnica en particular lo que, frecuentemente, es inconsciente para el terapeuta. Un médico de familia que no sea consciente de estas precauciones puede caer fácilmente en un absolutismo de medicinas de la conciencia, desestimando la importancia de la evidencia, la cultura y los sistemas.

## DISCUSIÓN Y SÍNTESIS

¿Desde *dónde* puede mirar, integralmente, la medicina familiar?

Aplicando la teoría de órdenes de conciencia de Kegan descrita más arriba, podríamos señalar que cuando una persona observa el mundo desde una epistemología, puede hacerlo inconsciente o conscientemente. En el primer caso, esa epistemología ocupa la estructura del sujeto -o bien el sujeto adopta la estructura del pensamiento de esa perspectiva epistemológica- y observa el mundo desde allí. Si un individuo no dice nada sobre su perspectiva significa probablemente que no es consciente de ella. Un ejemplo cotidiano podría ser el profesional pro medicina basada en evidencia que no habla de positivismo sino sólo de evidencia, y es el positivismo el que ocupa el espacio del sujeto, es el positivismo quien observa a través del sujeto -esto es coherente con la teoría de sistemas autopoieticos de Luhmann, la cual afirma que los sistemas sociales se componen de ideas, mientras que las personas somos su entorno-. Este profesional no puede ver el positivismo, pues está viendo desde allí. En cambio, si es el segundo caso -epistemología consciente-, una persona puede afirmar una verdad o realidad -un objeto- aclarando inmediatamente desde donde está mirando. De esa manera el debate se vuelve más claro y profundo, más epistémico. Sería el caso que el profesional dijera “la evidencia dice esto, pero debemos contrastarlo con otras perspectivas, qué opina el paciente, qué es más ético...”, dejando la puerta abierta a contextualizar la evidencia objetiva con las impresiones e inclinaciones subjetivas e intersubjetivas -en el sentido inicial de objetividad y subjetividad-. Pero aun si se adopta una perspectiva epistemológica conscientemente, ésta podría asumir un carácter absolutista o relativo, en el primer caso se reduce todas las demás verdades a su paradigma, un ejemplo sería “claro que existe la conciencia, pero corresponde a la actividad de transmisión neuronal” o bien “la evidencia no existe, la objetividad no existe, todo lo relativo al ser humano es producto de intereses y valores en juego”, desde un absolutismo socio-crítico. La segunda alternativa -perspectiva epistemológica relativa o abierta- parece más prudente, que es considerar el conocimiento como relativo y limitado a la perspectiva en uso, es decir, cierto pero parcial. “Desde una mirada sistémica la sobreprotección de la madre se relaciona con la ansiedad del niño, quien además presenta factores de riesgo biológicos de conducta”, sería un ejemplo bi-epistemológico en que cada perspectiva aporta con lo suyo. Este “y” epistemológico es clave para el médico de familia.

El desafío de la medicina familiar, desde mi perspectiva, es transformar sus estructuras actuales de observación, el sujeto de Kegan, en objetos que pasen a ser herramientas de observación, lentes que el médico de familia puede utilizar para mirar distintas cosas y de distinta manera. Esta visión de múltiples sistemas de observación es denominada meta-sistemática y, según el conocimiento del pensamiento post-formal<sup>20</sup>, se continuaría con un pensamiento paradigmático y trans-paradigmático. Como

vemos, los teóricos de la cognición y la conciencia nos revelan una evolución de las perspectivas hacia un entramado cada vez más complejo y profundo. Considero que el médico de familia actual requiere ser consciente de dos lentes de uso habitual: el sistemismo inter-objetivo moderno y el construccionismo inter-subjetivo posmoderno. En especial este último, que amenaza con paralizarlo y desdibujarlo desde su forma inflamada de *relativitis*.

A través de este ensayo se ha tratado de reflejar el aporte que han realizado tres momentos históricos de la humanidad al conocimiento epistemológico: la premodernidad aportó con la profundidad evolutiva de la subjetividad, la modernidad lo hizo con el método objetivo y la complejidad dinámica inter-objetiva, y la posmodernidad con la perspectiva inter-subjetiva. La revisión anterior puede quedar bien sistematizada en lo que Wilber denomina pluralismo metodológico integral<sup>37</sup>, matriz epistemológica de óctuple entrada que, según el autor, generaría espacio suficiente para que cada metodología pueda revelar zonas diferentes del Kosmos, evitando el asedio de las demás. Al situar a este mapa como objeto epistemológico se permite que sea el sujeto del momento siguiente, parafraseando a Kegan, quien determine cómo usarlas. Pero el sujeto emergente no está solo, le acompaña una cultura emergente, un sistema emergente y una evidencia emergente, es decir, la realidad es, al menos, tetra-emergente<sup>7</sup>. Pero no debemos confundir la teoría con la realidad, el Logos con el Kosmos, es decir, ninguna teorización sobre la realidad puede ni debe ser proclamada como la verdadera, la única o la última, pues, como venimos señalando, la clave está en la apertura epistemológica reflexiva.

Muchas controversias epistemológicas pueden ser entendidas como el choque de distintas perspectivas que explican el mundo. Y no es de extrañar, pues cada una de estos enfoques podría ser usado para explicar la totalidad de la realidad. Todo puede ser visto y explicado como materia y energía, así como todo puede ser observado y analizado como sistemas inter-dependientes, al igual que todo puede ser entendido como textos culturales, así como todo puede ser percibido en la conciencia fenomenológica del aquí y ahora. ¡Cada enfoque está en lo cierto al describir el mundo entero! Entonces, el desafío de apertura epistemológica sería el ser conscientes de la relación totalidad/parcialidad que hay en cada forma de conocimiento. Esta tensión entre lo total y lo parcial, o la unidad y la multiplicidad, deviene en actitud reflexiva permanente. Pero esta racionalidad reflexiva no cuelga en el aire, sino que se encuentra encarnada en un cuerpo físico y biológico, y requeriría de una modalidad emocional amorosa como fundamento para albergar la duda, requisito indispensable para la reflexión, sin sucumbir en el intento. Pero el impulso del amor no es sólo biológico y racional, sino que se proyecta con fuerza hacia el terreno espiritual y asume la modalidad de un proyecto de trascendencia la cual, a mi juicio, es lo único que nos puede brindar un punto de encuentro genuino, más allá de la diversidad religiosa, filosófica y epistemológica, más allá de la mesa plana de la posmodernidad. Tres ingredientes se proponen, entonces, para una epistemología integral y renovada de la medicina familiar: **amor, reflexividad y trascendencia**. Estos tres elementos se corresponden con el cuerpo, la mente y el alma, tres niveles del ser heredados del conocimiento premoderno y que, subsanadas sus inflamaciones, pueden actualizar la evolución del conocimiento humano y la mirada de la medicina familiar, hoy.

El médico de familia es un conector de realidades, vincula procesos muy disímiles unos con otros, media el trabajo del neurocirujano con el del componedor de huesos, integra las visiones del gestor con las del paciente, es el mediador de la familia con el sistema de salud, de la comunidad con la individualidad, de la persona con la técnica. El médico de familia está en el medio de muchos procesos, en el ojo del huracán, y sin una conciencia fuerte y clara de quién es, quién puede ser, y cómo conoce, corre el riesgo de sucumbir. Sin un conjunto coherente de perspectivas filosóficas, epistemológicas, valóricas y prácticas, le será difícil sostener el ritmo del huracán. “El médico de familia será revolucionario, o no será nada”<sup>38</sup>. Este huracán es, en cierta forma, la tensión entre perspectivas que se anulan unas a otras, como lo hace el hombre moderno con el premoderno, a quien descalifica por no ser científico. Tal como el hombre posmoderno descalifica al moderno por no ser consciente de las perspectivas y constructos. Así como el hombre de orientación premoderna de hoy puede tildar a aquellos modernos y posmodernos de superficiales o inferiores. Pero el ser humano integral pos posmoderno tiene la oportunidad de recoger a estos tres seres en pugna, comprenderles, cuidarles las heridas y asegurarles un espacio en el que sus valores y mundos trascendentes sean respetados, bajo la forma de una relación amorosa, esperando que en algún momento comprendan por ellos mismos la evolución infinita del conocimiento y la vida. El médico de familia del futuro debe enfrentarse a esta tarea componedora de la memoria del conocimiento y conciliadora de visiones en fricción, debe recibir las críticas de estos distintos frentes y responder inteligente y amorosamente, intentando comprenderles e integrarles, tal como lo hiciéramos desde siempre con nuestros hijos. La actitud compasiva y amorosa ha sido la única estrategia eficaz en llevar adelante la convivencia social y la mismísima evolución de la vida, una actitud dispuesta a mostrar la fragilidad y sensibilidad, consciente de la propia limitación y, sobre todo, asumiendo una apertura epistemológica que permita la llegada de nuevos enfoques, más completos, más profundos e integrales, como hijos nuevos que nos trascenderán. Este nuevo médico de familia requerirá de una actitud mental que pavimente el tránsito del amor pre-racional hacia el Amor trans-racional, sobre una carretera de racionalidad madura y reflexiva. Para esto necesitará de una inteligencia ágil frente a la complejidad, y una sensibilidad simple y profunda, frente al dolor. Es un gran desafío pero, después de todo, fuimos nosotros mismos quienes nos arrojamos a este apasionante camino, lleno de incertidumbre, colmado de dolor y pasión, como la vida misma. Finalmente fuimos nosotros, nuestro Sujeto último, quien decidió emprender una medicina abierta a la Vida, y como dijera Jung<sup>39</sup>: “Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero cuando toque un alma humana, sea sólo un alma más.”



## REFERENCIAS

1. Garretón J. Espacio, Devenir y Rescate del Tiempo. Santiago de Chile: ChileAmerica CESOC, 2002.
2. Wilber K. Sexo, Ecología y Espiritualidad. 2° ed. Madrid: Gaia, 2005.
3. Mc Daniel SH, Campbell TL. Orientación Familiar en Atención primaria. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica. 1998.
4. Morin E. Introducción al Pensamiento Complejo. Barcelona: Gedisa. 2007
5. Morin E. Educar en la Era Planetaria. Barcelona: Gedisa. 2003.
6. Morin E., Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. UNESCO. [Internet] Disponible en <http://www.rsu.uninter.edu.mx/doc/EdagarMorin.pdf> (Última entrada: 25 noviembre 2016)
7. Wilber K. Espiritualidad Integral. 1° ed. Barcelona: Kairós. 2006.
8. Rodríguez D, Torres J. Autopoiesis, la unidad de una diferencia: Luhmann y Maturana. Sociologías, Porto Alegre. 2003;5(9):106-140.
9. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. 2010; 6(1):99.
10. Waitskin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. Medicina Social. 2005;1:1
11. Torres M. Necesidad de una nueva epistemología para una nueva práctica de salud pública. En: Betancourt Z, Hermida C, Noboa H, Rodrihuez S. (eds.) La salud y la vida. Edmundo Granda Ugalde. Volumen 3. Quito, 2011.
12. Breilh J. La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud. Tendencia. 2012:8.
13. Maturana H. El Sentido de lo Humano. 10° ed. Santiago de Chile: JC Saez editor, 2008.
14. Bloch S. Al Alba de las Emociones. Santiago de Chile: Uqbar editores, 2009.
15. Scheler M. El saber y la cultura. Buenos Aires: La pléyade. 1972.
16. Berger P, Luckmann T. La Construcción Social de la Realidad. Buenos Aires: Amorrortu. 1986.
17. Rogers C. The processes of therapy. Journal of Consulting Psychology. 1940;4(5):161-164.
18. Beck D, Cowan C. Spiral Dynamics: mastering, values, leadership & change. Blackwell Publishers. 1996.
19. Martín García A. Más allá de Piaget: cognición adulta y educación. BIBLID. 1999;11: 17-19. [Internet] Disponible en <http://rca.usal.es/index.php/1130-3743/article/download/2845/2880>
20. Commons M., Richards F. Four postformal stages. En J. Demick (Ed.), Handbook of adult development. New York: Plenum, 2003.
21. Kohlberg L. Moral stages and moralizations. Citado en: Laurence Kohlberg: Teoría y práctica del desarrollo moral en la escuela. Rev Interuniv Form Prof. 1989.
22. Bordington N. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación. 2005.
23. Wilber K. Boomeritis, un camino hacia la liberación. Barcelona. Kairós. 2004.
24. Stern A, Tasman A. Spirituality in primary care mental health. En: Ivbijaro G, (Ed.) Companion to Primay Care Mental Health. 1a ed. New York: Radcliffe Medical Press Ltd; 2012.
25. Wilber K. Psicología Integral. 5° ed. Barcelona. Kairós. 2010.
26. Kabat-Zinn J. Mindfulness en la vida cotidiana, donde quiera que vayas, ahí estas. Barcelona. Paidós. 2009.
27. Wilber K. El Ojo del Espíritu. 3° ed. Barcelona: Kairós, 2005.
28. Boff L. El Cristo cósmico: una espiritualidad del universo. [Internet] Disponible en <https://leonardoboff.wordpress.com/2016/09/28/el-cristo-cosmico-una-espiritualidad-del-universo/> (Última entrada: 25 noviembre 2016)
29. Zinnbauer C, Pargament D. En Rivera A, Montero M. Ejercicio clínico y espiritualidad. Anales de psicología. 2007;23(1):125-126.
30. Fowler J. Stages of Faith: The Psychology of Human Development and the Quest for Meaning. San Francisco: Harper&Row;1981.
31. Kegan R. The Evolving Self, problem and process in human development en Soler D, Clínica Contemporánea. 2016;7(1): 23-36 [Internet] Disponible en <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a2>
32. Zweig C., Abrams J. eds. Encuentro con la Sombra. Barcelona: Kairós, 1991
33. Oporto L. Una Arqueología del Alma: Ciencia, Metafísica y Religión en Carl Gustav Jung. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile, 2012.
34. Assaglioli R. Psicosisntesis Counseling. Roberto Assaglioli y la Psicosisntesis. [Internet] [http://www.psicosisntesiscounseling.com/psicosisntesi\\_esp.asp](http://www.psicosisntesiscounseling.com/psicosisntesi_esp.asp) (Última entrada: 25 noviembre 2016)
35. Ray R. La Política de Buddha. Citado en Díaz G. Espiritualidad, Política e Ignorancia. Co.incidir . 2014;4:15 [Internet] Disponible en: <http://es.slideshare.net/maliciapino/revista-coincidir-n-4>. (Última entrada: 25 noviembre 2016)
36. Novoa A. No Gracias. Crítica epistemológica a las guías de práctica clínica. Disponible en [Internet] <http://www.nogracias.eu/2015/11/22/critica-epistemologica-a-las-guias-de-practica-clinica-por-abel-novoa> (Última entrada: 25 noviembre 2016)
37. Saiter M. Universal Integralism: Ken Wilber's Integral Method in Context. The Humanistic Psychologist. 2009; 37(4):307-325.
38. Acuña M. Ponencia en Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General. 2014.
39. Jung CG. Wikiquote. Carl Gustav Jung. [Internet] Disponible en [https://es.wikiquote.org/wiki/Carl\\_Gustav\\_Jung](https://es.wikiquote.org/wiki/Carl_Gustav_Jung) (Última entrada: 25 noviembre 2016)