

VOL XIII, Nº 1  
DICIEMBRE 2019  
Santiago de Chile

ISSN 0717 - 5965

## EDITORIAL

**MIGRACIÓN,  
EL CUIDADO DE LA SALUD  
Y PREVENCIÓN CUATERNARIA**

**VI CONGRESO IBEROAMERICANO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
CIMF – WONCA  
TIJUANA 2019:**



**DEL CONTEXTO A LA EXPERIENCIA**

**ARTICULO ORIGINAL  
PRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA:  
¿VAMOS POR BUEN CAMINO?**

**Vol XIII, N°1, diciembre de 2019**  
**ISSN 0717-5965**

La Revista Chilena de Medicina Familiar es una publicación oficial de la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile, fundada en 1999. Está 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.

Este número pretende retomar el curso de las publicaciones con una mayor fluidez temporal, contextualizando las experiencias del Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar realizado en la ciudad de Tijuana, México, aunque pequeño, es una muestra del trabajo que se ha retomado en los últimos años en donde las universidades han colaborado con mayor ahínco y cuyos trabajos están en proceso de revisión actualmente.

Como comité editorial esperamos se sigan entusiasmando con el envío de propuestas para generar una dinámica de revisión y contraste de la información en donde se enriquezca la experiencia literaria desde la perspectiva científica.

#### **Director Editorial**

Diana Carolina Cáceres Vásquez

#### **Editores Ejecutivos**

Fernando Alexis Cáceres Herrera

Eleana Oyarzún Neumann

Isabel Segovia Dreyer

Javier Baquero Macías

#### **Revisores**

Ruth Depaux

Lilian Fernandez

Carolina González

Nancy del Rosario López Vásquez

Ángela Malebran

Joaquín Montero Labbé

Macarena Moral

Carmen Nadal

Carolina Reyes

Daniela Sandoval

- 3** EDITORIAL:  
**Migración, el cuidado de la salud y  
prevención cuaternaria**
- 4** ARTICULO ORIGINAL:  
**Prescripción de benzodiazepinas en atención  
primaria: ¿vamos por buen camino?**
- 14** TEMA CENTRAL:  
**Del contexto a la experiencia**
- 23** PRÓXIMO NÚMERO:  
**Avances**



**Política de acceso abierto**

Esta revista proporciona un acceso abierto inmediato a su contenido, amigable con el medio ambiente y basado en el principio de solidaridad que ofrece al público un acceso libre a las investigaciones que ayudan a un mayor intercambio global de conocimiento.

## *Migración, el cuidado de la salud y la prevención cuaternaria*

**E**ste número propone mantener el espíritu de una revista construida de manera colaborativa con los escritos de todos los socios voluntarios a quienes se les ha invitado formalmente a participar. Además de incluir las noticias relacionadas con los eventos y reseñas de las diferentes actividades de los grupos de trabajo.

El pasado mes de mayo se realizó en la ciudad de Tijuana, Baja California, México, el VI Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar cuyo eje temático fue la Migración como Desafío para la Región y contó con una asistencia de aproximadamente 1500 personas de los distintos países iberoamericanos<sup>2</sup>, fue inaugurado con las palabras de la presidenta de CIMF-WONCA la Dra Jacqueline Ponzo que dieron marcha a 4 días intensos de actividades relacionadas con los Sistemas de Salud y Medicina Familiar, Actualidades en el manejo de problemas frecuentes en Medicina Familiar, algunos temas selectos relacionados con la especialidad y la Migración, salud y Medicina Familiar.

La apertura de las fronteras ha facilitado la movilización de las personas, sabemos que no viajan solas, se mueven con sus cargas y con su cultura; el desafío más grande para los equipos de salud se encuentra en la comprensión de las distintas expresiones frente al sufrimiento que viene acompañado del sentimiento de desarraigo, las personas se enfrentan a sistemas de salud rígidos a los cuales deben adecuarse, resulta desafiante para ambas partes, tanto para el migrante como para el sistema que lo recibe ajustarse a las necesidades asistenciales en los nuevos contextos.

El rol del Médico de Familia en esta comprensión radica en la puesta en marcha de los principios esenciales de la Salud Familiar que rigen el Modelo de

2. CIMF - WONCA: <http://cimfwonca.org/congreso-wonca-cimf-iberoamerica-tijuana-medicina-familiar-comunitaria/>

Atención Integral en salud, especialmente el principio de atención centrada en la persona y la familia en donde se resguarda la mirada del ser biológico, psicológico, social y espiritual, que es más susceptible a las intervenciones medicalizadoras de la vida y sus acontecimientos vitales.

Es por lo anterior que este desafío nos motiva a problematizar y proyectar un esfuerzo regulado en el cuidado de las personas que viven este constante cambio epidemiológico y cultural, resguardando el principio bioético “primun non nocere” tanto de quienes migran de un lugar a otro como de quienes observan el cambio cultural con todo lo que conlleva.

Esperamos mantener una postura crítica respecto de las intervenciones sobredesmedidas y medicalizadoras de respuestas naturales ante un fenómeno que requiere una comprensión y acogida al sufrimiento adecuadas al contexto.

Comité Editorial

## *Prescripción racional de benzodiazepinas en Atención Primaria: ¿vamos por buen camino?*

Carolina Sonia Abarca Castillo<sup>1</sup>

### Resumen

Se estima que alrededor del 20% de las consultas de atención primaria se relacionan con problemas de salud mental, lo que sumado a la alta demanda asistencial, hacen al médico vulnerable a la prescripción de fármacos como las benzodiazepinas (BDZ). El objetivo del estudio fue contribuir al buen uso de BZD en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) San Alberto Hurtado (SAH), a través de la caracterización de las prescripciones médicas, identificación de los factores que influyen en su indicación y descripción de la mejor evidencia disponible para su prescripción racional, con énfasis en trastorno depresivo, trastorno de pánico e insomnio. A través de un estudio descriptivo, se recopiló datos estadísticos desde las prescripciones médicas. Además se aplicó una encuesta modificada a los médicos sobre los factores que influyen en la prescripción de BZD y eventuales acciones para disminuirla. Dentro de los hallazgos destaca prevalencia de retiro anual de 2%, con edad promedio de 46,7 años. El 20,3% corresponde a retiro por personas mayores de 60 años. El más retirado fue clonazepam (86%). El 24,2% los ha retirado por más de 3 meses. De la encuesta, la mayoría de los médicos reconoce que el factor más influyente para la prescripción fue la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria, lo que da lugar a una “medicalización” de la vida y consideran que la acción más importante para disminuir la prescripción es capacitar a los médicos sobre una correcta indicación, y con ello no “psiquiatrizar” problemas de la vida diaria. Conociendo los efectos adversos de este tipo de medicamentos, no deberían prescribirse por más de 4 semanas en las condiciones estudiadas, e incluso en insomnio son prescindibles. El envío de cartas personalizadas al paciente con consumo prolongado se ve como una estrategia alentadora.

### Palabras Clave

Benzodiazepinas, prescripción de medicamentos, dependencia.

### Abstract

It is estimated that around 20% of primary care consultations are related to mental health problems, which, together with the high demand for care, make doctors in primary care vulnerable to the prescription of drugs such as benzodiazepines (BDZ). The objective of the study was to contribute to the correct use of BZD in the San Alberto Hurtado CESFAM, through a description of the prescriptions emitted, identification of the factors that influence the indication and description of the best available evidence for the rational prescription, with emphasis on depressive disorders, panic disorders and insomnia. Statistical data was collected from the medical prescriptions emitted. In addition, a modified survey was applied to the doctors about the factors that influence the prescription of BDZ and possible actions to diminish it. Among the findings, there is an annual 2% of all the prescriptions emitted were for BZD, with an average patient age of 46,7 years. 20,3% correspond to prescriptions emitted to people over 60 years. Clonazepam was the BZD most prescribed (86%). 24,2% of the prescriptions were emitted for more than 3 months. From the survey, most doctors recognize that the most influential factor for prescribing BZD was the decrease in the threshold of tolerance of the population to emotional distress caused by the problems of daily life, resulting in a “medicalization” of life and consider that the most important action to reduce the prescription of BZD is to train doctors about good prescribing habits and how not to medicalize problems of daily life. Considering the adverse effects of this type of medication, BZD should not be prescribed for more than 4 weeks for the conditions studied, and should not be prescribed for insomnia. Sending personalized letters to the patient with prolonged consumption is an encouraging strategy.

### Key Words

Benzodiazepines, drug prescriptions, dependency.

1. Médico Cirujano de la Universidad de Santiago, Médico Familiar Adultos de la Pontificia Universidad Católica, Diplomada en Neuropsicología y Neuropsiquiatría de la Universidad de Chile-Universidad Católica, Diplomada en Trastornos del Sueño en la Práctica Clínica de la Universidad Católica, se desempeña en el CESFAM San Alberto Hurtado. Ancora UC, red UC Christus en la Comuna de Puente Alto, Santiago de Chile.

## Introducción

Las benzodiazepinas (BZD) son medicamentos que actúan en el sistema nervioso central (SNC) teniendo acciones ansiolíticas, hipnóticas, miorrelajantes, sedantes, anticonvulsivantes y amnésicas, ampliamente usados desde la década de los 60s en todo el mundo. Estas ejercen su efecto a través de la modulación del receptor para el ácido gamma-aminobutírico A (GABA), principal neurotransmisor inhibidor del SNC<sup>1</sup> y la diferencia entre sí, radica en su perfil farmacocinético<sup>2</sup>. Las condiciones clínicas en las que habitualmente son utilizadas corresponden a trastornos ansiosos, del sueño, síndrome de agitación psicomotora, síndrome convulsivo, movimientos anormales y espásticos, síndrome de privación de alcohol y drogas.

Si bien las BZD tienen un amplio uso clínico, no están exentas de efectos adversos. Los reportados con mayor frecuencia de forma aguda incluyen debilidad muscular, ataxia y sedación, mientras que el efecto luego de un consumo prolongado involucra alteraciones de la memoria, reacciones de discontinuación y riesgo de dependencia<sup>3</sup>. Un estudio demuestra que el consumo de alprazolam por un tiempo mayor de 8 semanas genera alteración de las pruebas de memoria que persisten hasta 6 meses de suspendida la medicación<sup>4</sup>. Un estudio prospectivo que siguió a 7.908 pacientes hospitalizados en 58 centros de salud durante 8 meses concluye que las benzodiazepinas de vida media corta son un factor de riesgo independiente para caídas en mayores de 65 años, aumentando hasta 1.7 veces el riesgo de éstas<sup>5</sup>. Por otro lado, es conocida la aparición de tolerancia y dependencia con usos mayores a 4 semanas, a pesar de dosis pequeñas, riesgo que aumenta con fármacos de vida media corta, uso mayor a 6 semanas y consumo de drogas o alcohol asociado<sup>6</sup>.

Según datos del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), en su Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile durante el año 2002, 1 de cada 4 mujeres usó tranquilizantes tipo BZD entre los 45 y 64 años<sup>7</sup>. El año 2009, se estudió la población perteneciente al Programa de Salud Mental de un Centro de Salud en la zona suroriente de Santiago, que incluyó a 1.081 pacientes, de los cuales 111 (10,3%) fueron diagnosticados como dependientes a BZD, equivalente a un tercio de los pacientes que lo retiraban mensualmente y éstos conformando al 1,3% de la población adulta. La edad promedio fue 60,5 años, siendo 76,7% mujeres y 23,4%

hombres. La mayoría de estos pacientes dependientes habían iniciado el consumo por prescripción médica. El 66,6% tenía al menos un diagnóstico asociado en la esfera psiquiátrica. Los trastornos que con mayor frecuencia se asociaron a dependencia fueron de tipo depresivo, ansioso y los trastornos de personalidad<sup>8</sup>. En el año 2010, el CONACE realiza un estudio sobre el uso de drogas en asistentes a servicios de urgencia de hospitales públicos de Santiago, en donde de un total de 575 pacientes, un 20,9% arrojó positivo para BZD<sup>9</sup>.

En nuestro país, las BDZ se extienden bajo receta retenida desde el año 1993<sup>10</sup>, y en un 30% la indicación proviene de un médico de APS<sup>8</sup>. Numerosos estudios han demostrado que en muchos países existe una sobreprescripción de BZD y que la tasa de prescripción varía entre los médicos. Particularmente, los médicos de APS han mostrado ambivalencia entorno a la prescripción de BZD, reportando que ésta es compleja, demandante e incómoda, por la enorme presión en la práctica diaria y el escaso tiempo en cada consulta. Factores que influyen en esta prescripción ambivalente serían la diferente percepción de responsabilidad que sienten los médicos frente a la prescripción, las distintas posturas frente a variadas intervenciones, falta de conocimiento de los efectos adversos y alternativas de tratamiento y la percepción del médico sobre las expectativas del paciente<sup>11</sup>. La práctica centrada en el paciente y sus expectativas compiten con la autonomía, razonamiento y postura del médico respecto a la prescripción de BZD. El deseo de mantener una adecuada relación médico-paciente y el desarrollo de una fuerte empatía por el otro, aumentan la probabilidad de prescripción por parte del médico<sup>12</sup>. En otros estudios realizados por medio de encuestas, los médicos familiares reconocen que la prescripción, muchas veces excesiva, es un problema multifactorial con raíces sociales y psicológicas complejas<sup>13</sup> y que, para un uso racional, a los médicos se les debe entregar herramientas para una correcta comunicación y negociación, así como también más tiempo con los pacientes que las solicitan<sup>14</sup>. A la vista de la discrepancia entre un uso específico y limitado en el tiempo, y la realidad de un consumo perjudicial y con escasa eficacia a largo plazo, se realiza este estudio, cuyo objetivo fue la caracterización actualizada de la prescripción de este tipo de fármaco, la identificación de los factores que influyen en su prescripción y la descripción de la mejor evidencia disponible con respecto a su uso en trastorno depresivo, trastorno de pánico e insomnio.

## Material y Métodos

Mediante un estudio descriptivo, se caracterizó a la población usuaria de BZD, identificando a los pacientes que habían retirado alguna vez alprazolam (0.5 mg), clonazepam (0.5-2 mg), diazepam (10 mg) o Lorazepam (2 mg) entre el 01/06/2016 y el 01/07/2017 en la población activa del CESFAM SAH, ubicado en la comuna de Puente Alto, Santiago. Los datos específicos solicitados a la Unidad de Gestión de Información (UGI) fueron: edad, sexo, episodio diagnóstico ligado a la prescripción, tipo de BZD y número de retiro de estos medicamentos en el año descrito. Datos fueron anonimizados. La información se manejó en programa Excel. Para evaluar factores que pudiesen influenciar la prescripción, se realizó una encuesta on-line al personal médico. Esta tomó como base los resultados del estudio publicado por Fernández T, et al (2002), en donde a médicos de atención primaria por medio de la técnica Delphi, se les pide identificar los diez principales factores que influyen en la prescripción de BZD y diez acciones para disminuirla<sup>14</sup>. A partir de estos resultados, se realizó la encuesta adaptándola a la realidad y lenguaje nacional (Anexo 1). Para responder a cada pregunta se detallaron distintos ítems, donde se solicitó a los participantes ordenarlos según nivel de importancia, donde al ítem más importante se le asignó el número 1. Además, las mismas preguntas se incluyeron de forma abierta. Las respuestas se analizaron utilizando el mismo programa otorgado gratuitamente por la empresa SurveyMonkey y Excel.

La búsqueda de evidencia sobre el uso de BZD en trastorno de pánico, insomnio y depresión, además de variadas intervenciones como cartas, consejería y consentimiento informado para la prescripción se realizó utilizando la base de datos PubMed, a través de su herramienta MeSH, Epistemonikos y Google Scholar. Las palabras claves utilizadas fueron “Benzodiazepines, drug prescriptions, dependency.”.

## Resultados

### Población

Un total de 449 pacientes retiraron alguna vez alprazolam, clonazepam, diazepam o lorazepam en el período de estudio, equivalente al 2% de la población total (21.491 personas inscritas). 352 fueron mujeres (78,4%) y 97 hombres (21,6%). El promedio de edad fue de 46,7 años, destacando 91 pacientes (20,3%) sobre los 60 años. La BZD más prescrita fue clonazepam (86%). Un total de 109 pacientes retiraron BZD por más de tres meses, equivalente

al 24,2% de los pacientes que retiraron BZD alguna vez durante el tiempo estudiado (0,48% de la población total). 90 fueron mujeres (82,6%) y 19 hombres (17,4%), con una edad promedio de 52 años, 40 pacientes de 60 o más años (36,7%), siendo el clonazepam la BZD más recetada en estos pacientes (85%).

### Factores que influyen en la prescripción de BZD en CESFAM SAH

La encuesta aplicada (Anexo 1) fue contestada por el total de médicos (n=12) a quienes se les envió. De éstos, 2 eran especialistas (Medicina Familiar), 7 están en proceso de formación (residente) y 3 médicos generales. Del total de participantes, el 50% ha trabajado entre 1 a 5 años en el sistema de salud. Se identificó como el factor más influyente para la prescripción de BZD *la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria, lo que da lugar a una “medicalización” de la sociedad y de la vida* (33,3% de los participantes le asignó el número 1 a este ítem). El segundo factor considerado como más influyente al momento de la prescripción fue *el aumento de la prevalencia de patologías que justifican el tratamiento con BZD*. La *deficiente formación y conocimiento de los médicos en temas como uso, indicaciones correctas, manejo y efectos adversos de estos fármacos*, fue el tercer factor más influyente para los médicos participantes. Respecto a las acciones para disminuir la prescripción de BZD, los participantes consideraron que la acción más importante es *capacitar a los médicos sobre una correcta prescripción, afinar las indicaciones de estos fármacos según la evidencia disponible y con esto no “psiquiatrizar” problemas de la vida diaria*. La segunda acción más relevante para disminuir la prescripción de BZD según los datos recogidos es *fomentar por parte de los médicos la prescripción de tratamientos alternativos eficaces, farmacológicos (melatonina, medicamentos “Z”) y no farmacológicos (higiene del sueño) a los problemas que comúnmente motivan la prescripción de BZD*. El ítem *de educar a la población (talleres, folletos al momento de la prescripción) sobre riesgo de consumo prolongado de estos fármacos y sus efectos adversos*, fue considerado como la tercera acción en orden de importancia.

### Descripción de la evidencia

#### Trastorno depresivo

La combinación de antidepresivos con BZD es

comúnmente usada para tratar a personas con depresión. En el 2009, se publicó una revisión Cochrane que incluyó 10 ensayos (731 pacientes) sobre antidepresivos más BZD para depresión mayor, con el objetivo de evaluar el efecto de agregar BZD al tratamiento farmacológico. De acuerdo al análisis reportado, hasta la cuarta semana de tratamiento combinado hay una mayor respuesta a depresión comparado con el antidepresivo solo (RR de 1.31 con 95% IC 1.07 a 1.59). Además, se reportó que es menos probable que los pacientes con terapia combinada abandonen el tratamiento debido a los efectos adversos comparado con los pacientes que utilizan antidepresivos solo. De la sexta a octava semana de tratamiento, el RR para respuesta no fue significativo y la posibilidad que la terapia combinada pierda o no influya en la tasa de respuesta no puede ser descartada<sup>15</sup>. Otro meta-análisis destaca que combinar psicoterapia, al tratamiento antidepresivo, es superior a los antidepresivos solos<sup>16</sup>.

En conclusión, se necesita tratar a 8 pacientes con trastorno depresivo con antidepresivos más BZD para que 1 paciente logre una reducción del 50% o más en la severidad de la depresión, efecto que se observa solo las primeras 4 semanas de tratamiento. Sin embargo, no existen estudios disponibles respecto a cómo la comorbilidad ansiosa o el tipo de BZD afecta este hallazgo. Los beneficios de la terapia combinada con BDZ debe ser balanceada con los posibles efectos adversos. Además, la monoterapia con fármacos no es lo óptimo en depresión.

### Trastorno de pánico

Existen dos tipos de tratamientos que han demostrado ser efectivos para el manejo del trastorno de pánico; uno es la farmacoterapia (que considera el uso de antidepresivos y BZD), y el otro es la psicoterapia (la terapia cognitivo-conductual particularmente). La revisión Cochrane del año 2009<sup>17</sup> consideró tres ensayos, dos de éstos compararon psicoterapia más BZD versus psicoterapia sola para el tratamiento de trastorno de pánico (n=166), el otro ensayo comparó la psicoterapia más BZD versus BZD solas (n=77). La intervención psicoterapéutica fue de 12 a 16 semanas, y el seguimiento hasta 12 meses. En términos de OR, la respuesta a psicoterapia más BZD sobre psicoterapia sola fue de 1.40 (95% IC 0.69 a 2.82; P = 0.35) durante la intervención, de 0.72 (95% IC 0.34 a 1.51; P=0.38) después de la intervención, y de un 0.52 (95% IC 0.25 a 1.08; P = 0.08) en el seguimiento a largo plazo. En términos de OR, la psicoterapia más

BZD sobre BZD sola fue de 2.00 (95% IC 0.76 a 5.21; P = 0.16) durante la intervención, de 4.30 (95% IC 1.09 a 16.91; P = 0.04) al final de la intervención, y de 2.75 (95% IC 0.78 a 9.70; P=0.12) en el seguimiento a largo plazo. La psicoterapia y el uso de BDZ son modalidades de tratamiento frecuentemente combinadas en la práctica clínica. Sin embargo, es limitada la evidencia disponible del beneficio adicional de ambas terapias combinadas, comparada con el tratamiento único. Lo mismo ocurre cuando se revisa el efecto de antidepresivos comparado con BZD para el trastorno de pánico. La revisión Cochrane del año 2016<sup>18</sup> comparó la efectividad de antidepresivos y/o BZD para el trastorno de pánico (n=6.785), concluye que existe evidencia de baja calidad que sugiere no haber diferencia entre BZD y antidepresivos en términos de respuesta a tratamiento (síntomas, frecuencia de crisis, síntomas agorafóbicos). Dentro de los antidepresivos, los IRSS serían los mejor tolerados. Nuevamente, el uso de BDZ por largos períodos de tiempo parece cuestionable, a igual efectividad que los IRSS.

### Insomnio

En cuanto al insomnio, estudios muestran escasa efectividad y una alta probabilidad de efectos adversos. Un meta-análisis publicado<sup>19</sup> que incluyó 2.672 pacientes y comparó los beneficios y los riesgos respecto al tratamiento del insomnio con el uso de BZD versus el uso de otro agente o placebo concluye que son escasos los beneficios con el uso de estos medicamentos. Se demostró disminución de la latencia en 14.3 minutos (IC 95% [-0.7 - 9.2]) y aumentó la duración total del sueño en 61.8 minutos (IC 95% [37.4 - 86.2]). Respecto a los efectos adversos, se reporta somnolencia diurna y mareos (OR 1.8, 95% IC 1.4 - 2.4), y un aumento de efectos negativos en la memoria, tiempo de reacción y velocidad de procesamiento. En otro meta-análisis<sup>20</sup>, se comparan los beneficios potenciales reportados por pacientes (subjetivos) y riesgos del uso a corto plazo con hipnóticos sedantes (BZD y agonistas del receptor de BZD (medicamentos "Z")) en un total de 2.417 pacientes. Aquí, se concluye un aumento de 25.2 minutos en el tiempo total de sueño y disminución en el número de despertares nocturnos (0.63) comparado con placebo. Se reportan efectos adversos de tipo cognitivo (OR 2.25, IC 95% 0.93 - 5.41), los de tipo psicomotor fueron 2.61 veces más frecuentes (IC 95% 1.12 - 6.09) y se reporta un aumento en la somnolencia diurna y fatiga (OR 3.82, IC 95% 1.88 - 7.80). Este meta-análisis reporta que se necesita



tratar a trece pacientes para que uno mejore la calidad del sueño y a seis pacientes para que uno sufra algún efecto adverso. En conclusión, la magnitud del beneficio parece marginal, comparado con los daños.

### **Intervenciones mínimas para reducir el consumo de BZD**

A pesar de existir varios ejemplos y ser una intervención utilizada en algunos centros de salud, la firma de un consentimiento informado al momento de la prescripción inicial de BDZ (carta donde se indican los beneficios, potenciales daños, tiempo de uso y donde se solicita aceptar o rechazar la indicación), no cuenta con estudios que evalúen su impacto. Existe evidencia sobre el envío de cartas educativas personalizadas a los pacientes detallando los problemas asociados al uso prolongado de BZD, alentándolos a disminuir gradualmente su consumo y, si es posible detenerlo, lo que ha demostrado ser una intervención exitosa. Según una revisión sistemática que evaluó intervenciones para disminuir el consumo crónico de BZD en la atención primaria, mostró que se requiere el envío de doce cartas personalizadas para que una persona deje el consumo de BZD en seis meses<sup>21</sup>. El servicio de salud de Dorset<sup>22</sup> (Inglaterra), dirigido por médicos familiares, recomienda que se envíen cartas educativas a todos los pacientes usuarios de BZD y que, la repetición anual de esta intervención podría mejorar la tasa de éxito (Anexo 2).

### **Discusión**

La mayoría de los estudios en la literatura analiza el tema de las BDZ desde el consumo, pero son escasos los que lo analizan desde el punto de vista de la prescripción médica. Uno de ellos, muestra una prevalencia anual de prescripción de 7%<sup>23</sup>, superior al 2% del presente estudio. Es importante entender que la prescripción de BZD es un acto multifactorial. Cabe destacar que tanto los participantes del estudio español como los participantes de la encuesta local, consideran que el factor que más influye en la prescripción de BZD es la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria. Sin embargo, los médicos españoles no consideran la capacitación en indicaciones y correcto uso como una acción importante para disminuir su prescripción, mientras que para los médicos chilenos corresponde a una de las principales intervenciones. Esto vislumbra un área con alta capacidad

de intervención, información antes ausente en la literatura nacional. Si bien la encuesta utilizada no está validada en población chilena, si es el resultado de un estudio de habla hispana, que junto a la experiencia actual, da pie a futura investigación en su validación y uso.

### **La evidencia revisada se podría resumir en:**

*Trastorno depresivo mayor:* eventualmente BDZ por un máximo de cuatro semanas, sobre todo cuando se asocia a síntomas ansiosos o insomnio agregado. Se establece que más allá de cuatro semanas no sólo no hay efectividad, sino que aumentan sus efectos adversos, por lo que se debe evaluar de manera individualizada la prescripción de BZD para trastorno depresivo mayor con comorbilidad ansiosa, considerando su utilidad y sus efectos adversos. La psicoterapia combinada a tratamiento antidepressivo sería el manejo óptimo.

*Trastorno de Pánico:* Se evidencia que el tratamiento de primera línea para este tipo de patología corresponde a psicoterapia, sobre todo de tipo cognitivo conductual. Sin embargo, es sabido que éste podría ser recurso escaso en atención primaria. Por lo que se recomienda el tratamiento del trastorno de pánico con IRSS y es posible agregar BZD como coadyuvante, pero serían similares en cuanto a respuesta a tratamiento, no así en efectos adversos. Si se decide usar BZD, estas podrían mantenerse por un máximo de cuatro semanas.

*Insomnio:* las BZD no son un tratamiento adecuado para este tipo de patología. Sus beneficios son muy limitados y los efectos adversos son un síntoma frecuente con su uso. Es interesante destacar, además, la utilidad demostrada del envío de una carta personalizada como intervención mínima para lograr la disminución y eventual cese de consumo de BZD en pacientes usuarios de éstos. Es una herramienta costo efectiva, de fácil implementación y bajo costo. Es así como toma relevancia la educación a los pacientes que usarán BZD.

La sociedad actual parece acostumbrada a vivir en un clima de tensión y aceleración. Esto trae consecuencias a nivel individual y familiar, en donde el médico se vuelve vulnerable a malos hábitos de prescripción, y con ello a dar origen a tratamientos inefectivos e inseguros como el expuesto. De allí que se hace necesario idear estrategias de prevención en sobreprescripción y dependencia.

### Agradecimientos

A Dra. Philippa Moore, por su ayuda técnica y revisión del artículo.

### Bibliografía

- Smith TA. Type A gamma-aminobutyric acid (GABA) receptor subunits and benzodiazepine binding: significance to clinical syndromes and their treatment. *Br J Biomed Sci.* 2001; 58(2):111-21.
- Charney D, Mihic S, Harris R. Hipnóticos y sedantes. Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12 ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2007. p. 823-44.
- Longo LP, Jhonson B. Addiction: Part I. Benzodiazepines: side effects, abuse risk and alternatives. *Am Fam Physician.* 2000; Apr 1;61(7):2121-8.
- Kilic C, Curran H, Noshirvani H, et al. Long-term effects of alprazolam on memory: a 3-5 year follow-up of agoraphobia/panic patients. *Psychol Med.* 1999; 29; 225-31.
- Passaro, A., Volpato, S., Romagnoni, F., Manzoli, N., Zuliani, G. and Fellin, R. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: The GIFA study. *Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano. J Clin Epidemiol.* 2000 Dec;53(12):1222-9.
- Hurlé M A, Monti J, Florez J. Fármacos ansiolíticos y sedantes. *Farmacología de los trastornos del sueño. Farmacología Humana.* 5ª Ed. Barcelona, Elsevier 2008: 543-66.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior. 1998-2017. Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile; 2003 [cited 2017 Sept 09]. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/media/estudios/PG/ESTUDIO%20POBLACION%20GENERAL%202002.pdf>
- Olivera M. Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2009; 47(2): 132-137.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior. c1998-2017. Estudio sobre de drogas en consultantes de salas de urgencias. 2010 [cited 2017 Sept 09]. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/media/estudios/otrosSENDA/Estudio%20Drogas%20en%20Consultantes%20Salas%20Urgencia%202010.pdf>
- Instituto de Salud pública de Chile [Internet]. Chile: Ministerio de Salud. Estupefacientes y psicotrópicos. [cited 2017 Sept 09]. Disponible en: <http://www.ispch.cl/estupefacientes-psicotropicos>
- Sirdifield C, Anthierens S, Creupeland H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract.* 2013; 14(1):191-215.
- Hamilton IJ, Reay LM, Sullivan FM. A survey of general practitioners' attitudes to benzodiazepine overprescribing. *Health Bull (Edinb).* 1990;48(6):299-303.
- Bendtsen P, Hensing G, McKenzie L, Stridsman AK. Prescribing benzodiazepinas -- a critical incident study of a physician dilemma. *Soc Sci Med* 1999; 49(4): 459-67.
- Fernández Álvarez T, Gómez Castrob MJ, Baides Morentec C, Martínez Fernández J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2002; 30(5): 297-303.
- Furukawa TA, Streiner D, Young LT, Kinoshita Y. Antidepressants plus benzodiazepines for major depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Volumen (3). Art. No.: CD001026. DOI: 10.1002/14651858.CD001026.
- Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry.* 2014;13(1):56-67. doi:10.1002/wps.20089.
- Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005335. DOI: 10.1002/14651858.CD005335.pub2.
- Bighelli I, Trespidi C, Castellazzi M, Cipriani A, Furukawa TA, Girlanda F, Guaiana G, Koesters M, Barbui C. Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 1, Art. No.: DOI: 10.1002/14651858.CD011567.pub2
- Holbrook A, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. *CMAJ.* 2000; 162 (2) 225-233.
- Glass, J. Sedative hypnotics in older people with

insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005 Nov 19;331(7526):1169.

21. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2011; 61(590): e573-e578.

22. Dorset Clinical Commissioning Groups [Internet].

England: National Health Service. C2013-2017. Benzodiazepine prescribing support pack. 2016 [cited 2017 Sept 09]. Available from: <http://bit.ly/2t5k9vP>

23. Escribá R. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Aten primaria*. Volume 25, Issue 2, 2000, Pages 107-110.

## Anexo 1. Encuesta para médicos sobre su percepción en la prescripción de BZD

### 1. Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas (BDZ) en CESFAM SAH.

Ordene del 1 al 10 los siguientes factores que podrían influir en la prescripción de BZD, siendo 1 el factor más importante y 10 el menos importante. Los factores no pueden tener un mismo número asignado.

	Disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria, lo que da lugar a una “medicalización” de la sociedad y de la vida.
	Aumento de la prevalencia de patologías que justifican el tratamiento con BZD.
	Falta de tiempo en la consulta para establecer una adecuada relación médico-paciente e intentar otras estrategias terapéuticas.
	Condicionantes socioeconómicos (inestabilidad laboral, cesantía, bajo nivel educacional) que condicionan el acceso a otros medicamentos más seguros.
	Propiedades de las BZD (rapidez de acción, eficacia, buena tolerancia, precio).
	Dependencia y tolerancia que el consumo crónico de BZD causa.
	Popularidad y familiaridad de la población general a estos fármacos.
	Insuficiente y tardío apoyo de redes de atención especializadas (psiquiatría, CEIF, COSAM).
	Circunstancias personales del médico: falta de interés, ánimo, disposición a la hora de abordar el problema de fondo, grado de empatía y asertividad, estrés profesional.
	Deficiente formación y conocimiento de los médicos en temas como uso, indicaciones correctas, manejo y efectos adversos de estos fármacos.

¿Qué otros factores que no hayan sido mencionados influyen en la prescripción de benzodiazepinas?

**2. Acciones para disminuir prescripción de BDZ**

Ordene del 1 al 9 las siguientes acciones que podrían disminuir la prescripción de BZD, siendo 1 la acción más importante y 9 la menos importante. Las acciones no pueden tener un mismo número asignado.

	Educar a la población (talleres, folletos al momento de la prescripción) sobre riesgo de consumo prolongado de estos fármacos y sus efectos adversos.
	Conseguir apoyo precoz especializado en pacientes de alto riesgo de dependencia (psiquiatría, CEIF, COSAM).
	Disminuir la carga asistencial.
	Fomentar por parte de los médicos la prescripción de tratamientos alternativos eficaces, farmacológicos (melatonina, uso de medicamentos “Z”) y no farmacológicos (higiene del sueño) a los problemas que comúnmente motivan la prescripción de BZD.
	Capacitar a los médicos sobre una correcta prescripción. Afinar en las indicaciones de estos fármacos según la evidencia disponible. No “psiquiatrizar” problemas de la vida diaria.
	Adquisición de conocimientos técnicos por parte del médico respecto a tratamientos alternativos como: abordajes familiares, técnicas de relajación y psicoeducación, medicinas alternativas.
	Prevención de patología ansiosa a distintos niveles. Actividades en comunidad como: programas especiales para adolescente, club de ancianos, ferias saludables, etc.
	Mayor coordinación entre los profesionales del centro de salud con respecto al manejo de la patología del paciente (reuniones clínicas interdisciplinarias).
	Programas o capacitaciones basadas en la evidencia sobre deshabituación de BZD.

¿Qué otras acciones que no hayan sido mencionadas sugerirían?

Fuente: extraída y modificada desde “Fernández Álvarez T, Gómez Castrob MJ, Baidés Morentec C, Martínez Fernández J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2002; 30(5): 297-303”.

## Anexo 2.

Carta personalizada para incentivar la disminución o detención en el consumo de BDZ Estimado (paciente):

Le escribo porque he notado en los registros que ud. ha estado tomando (fármaco) por algún tiempo. Los médicos familiares estamos preocupados por este tipo de tranquilizante cuando su consumo es por períodos prolongados.

La preocupación es que el cuerpo pueda usar estos medicamentos, pero estos no funcionarán apropiadamente por mucho tiempo. Si tu paras el consumo de estos medicamentos abruptamente, pueden aparecer efectos adversos no deseados que experimentes. El trabajo de investigación hecho en este campo muestra que el uso repetido de estos medicamentos no está recomendado por mucho tiempo. Más importante aún, estos medicamentos pueden causar ansiedad, falta de sueño y pueden ser adictivos.

Le escribo para que ud. evalúe disminuir la dosis de estos medicamentos y tal vez detener su consumo en el futuro. La mejor forma para hacer esto es tomar los medicamentos cuando sientas que son absolutamente necesarios. Intente tomarlos sólo cuando crea que tendrá que hacer algo que le es difícil. De esta manera, creará una prescripción temporal.

Una vez que haya empezado a disminuirla, será capaz de pensar sobre discontinuarlas. Lo que sería mejor, es disminuirlas gradualmente, y será menos probable que tenga síntomas de abstinencia.

Si quisiera hablar sobre esto, estaremos encantados de verte en el Centro de Salud, en un tiempo a convenir.  
Sinceramente,

Fuente: Traducida de Dorset Clinical Commissioning Groups, England. De dominio Público. Disponible en: Dorset Clinical Commissioning Groups [Internet]. England: National Health Service. C2013-2017. Benzodiazepine prescribing support pack. 2016 [cited 2017 Sept 09]. Available from: <http://bit.ly/2t5k9vP>. De dominio público.

## *VI Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar CIMF – WONCA Tijuana 2019: del contexto a la experiencia.*

Diana Cáceres y Fernando Cáceres<sup>1</sup>

### Resumen

A continuación se presentan breves reseñas de algunas presentaciones realizadas en el pasado VI Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar realizado en la ciudad de Tijuana, Baja California, al norte de México desde el 1 hasta el 4 de Mayo del presente año en donde varios médicos Chilenos, algunos pertenecientes a la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, presentaron sus trabajos científicos aportando al programa en cada una de las cuatro jornadas de Congreso.

### Absract

Next, some brief summaries from previous presentations that took place in the last IV Ibero-American Congress of Family Medicine in Tijuana, Baja California, will be presented. In this conference, realized in northern Mexico, starting on May 1st of the current year, several Chilean physicians, some of them members of the Chilean Society of Family Medicine, presented their scientific works, which they provided to the programme of each one of the Congress four days of activities.

### Introducción

El pasado VI Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar permitió reunir más de 1500 personas de 22 países bajo el lema “La Medicina Familiar como eje para el acceso universal a la salud”, se realizaron actividades variadas y lideradas por distintos grupos de trabajo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar “CIMF”<sup>2</sup>, acompañadas por un escenario pluricultural que permitió dar fluidez y en donde hubo participación de algunos Médicos chilenos con actividades científicas, incluso con participación a distancia mediada por la tecnología como la del Dr. Sebastián Andrés Fuentes Hülse<sup>3</sup> quien amablemente compartió con nuestra revista un resumen de su participación que invitamos a todos a leer con entusiasmo a continuación.

“Mi participación en este evento se vio marcada por un imprevisto: tomar nota del vencimiento de mi pasaporte a pocos días de tomar el vuelo. A pesar de mis esfuerzos no pude poner al día este documento, por lo que debí adaptarme a las circunstancias y poner toda mi energía en una participación a distancia. Gracias a las TICs pude estar presente directa o indirectamente en las actividades que

les relataré pero, además, me sirvió para percatarme de lo fácil que es actualmente comunicarnos los seres humanos alrededor del planeta, con todas las oportunidades que eso significa. No puedo continuar relatando la historia de las actividades alrededor de mi participación en el congreso, sin mencionar y agradecer a las personas que estuvieron dispuestas a ayudarme a estar virtualmente en él, generando contactos, gestionando recursos, aunando voluntades: Macarena Moral y Andrea Didier de Chile, Martín Olivera de Uruguay y Thomas Meoño de Costa Rica”.



1. Médicos Familiares, integrantes del Comité Editorial

2. Presidenta CIMF Dra Jacqueline Ponzó, Foto tomada durante la inauguración del VI Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar

3. Médico Familiar de la Universidad de Valparaíso. Docente del Departamento de Humanidades Médicas y Medicina Familiar. Coordinador del Comité de Cuidados Espirituales en Salud de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar

### Reunión Junta Directiva CIMF

Realizada el día previo al inicio del congreso, tuvo como objetivo la presentación y oficialización de varios grupos de trabajo. Martín Olivera, médico de familia uruguayo con quien compartimos la coordinación del Grupo de Trabajo “Espiritualidad y Salud” de CIMF, presentó nuestro plan de trabajo actual. Éste consta de una explicitación filosófica, evidencia, definiciones conceptuales, frentes de trabajo, roles y normas de participación, objetivos y actividades a dos años plazo. Tras varios años de trabajo informal (desde 2015), el grupo fue oficializado y apoyado en su labor. Los comentarios que recibimos posteriormente fueron positivos, destacándonos por nuestro nivel de organización, participación y avances.



### Panel: “Desafíos Epidemiológicos de la Medicina Familiar”

A este panel fui invitado por Thomas Meoño de Costa Rica, actual Secretario de la directiva de CIMF. Fue esencial el apoyo de Macarena Moral para convencer a Thomas de mi participación virtual. Compartí el espacio con Richard Roberts, past-president de WONCA y Aurora Fernandez, Médica de Familia española. En mi ponencia intenté relevar nuestro enfoque de salud más que enfermedad, la integralidad epistemológica así como aquella con enfoque bio-psico-socio-espiritual, la prevención cuaternaria/quinaria y el autocuidado junto con los inter-cuidados.

### Taller de Cuidados Espirituales Básicos en Salud

Fue guiado por Martín Olivera con apoyo de Andrea Didier. Mi participación fue virtual, acompañando el proceso. Se realizó una breve introducción teórica respecto de los conceptos de Espiritualidad (que podemos resumir como la búsqueda y expresión del sentido y la conexión, centrado en la persona), los Cuidados Espirituales Básicos (que en breve podemos resumir como: presencia, atención plena, compasión, escucha, conexión, apoyo y esperanza) y la

Valoración Espiritual Formal (una entrevista con preguntas abiertas basadas en herramientas clínicas estructuradas). Se trabajó con la herramienta FICA (Puchalski&Romer, 2000). Lo más notable para mí fue sentir un ambiente relajado, alegre y con humor, a pesar de la distancia física y tecnológica pude percibir el cariño que prevaleció en el encuentro.

### Presentación de Poster: “Cuidados Espirituales en Salud en la Región CIMF”

Este trabajo de investigación fue el fruto de varios meses de colaboración al interior del Grupo de Trabajo, contando con la participación de integrantes de diversos países: Martín, Olivera (Uruguay), Oscar Murillo (Costa Rica), Paulyna Orellana (Ecuador), Miriann Mora (Ecuador), Miriam Riveros (Paraguay), Denise Chervin (Argentina), Rocío Tagle (Argentina), Domingos Vaz do Cabo (Brasil), Danna Robles (Colombia) y yo. El objetivo fue evaluar la formación, conocimiento, interés y práctica de Cuidados Espirituales en Salud en residentes y Médicos de Familia de Iberoamérica. Se trató de un estudio de corte transversal a través de una encuesta online. Hubo 532 participantes de 17 países de Iberoamérica. Entre los resultados más relevantes se encuentra la escasa formación versus el alto interés que despierta, lo cual hace necesario el desarrollo de este tema en las residencias. La defensa del póster estuvo a cargo de Andrea Didier. Según su reporte, la iniciativa despertó bastante interés en el público, tanto así que un académico universitario mexicano se animó a comunicar la importancia del tema a otros visitantes del póster.

### Asamblea del Grupo de Trabajo “Espiritualidad y Salud” CIMF

Este espacio dentro del congreso, guiado por Martín Olivera permitió dar a conocer la existencia del grupo, sus fundamentos, objetivos y avances. Esto fue complementado con la puesta en práctica de un ejercicio respiratorio de conexión. Esta actividad contó con gran participación, algunos asistentes debieron mantenerse de pie, y hacia el final constatamos el interés de algunas personas de México y Bolivia en integrarse al grupo de trabajo.

En síntesis y desde mi percepción, esta experiencia estuvo marcada por la virtualidad, la adaptación al contexto, el trabajo colaborativo y el vínculo con valiosas personas de diferentes países/culturas, lo cual significó para mí una infusión de energía, motivación y gozo por la hermosa disciplina que escogí y espero seguir desarrollando.



## *Medicina familiar y Determinación social de la salud: Construcción colectiva del Derecho a la Salud*

Camilo Bass del Campo<sup>4</sup>

La determinación social de la salud, categoría central de la Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericana, “desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología [y propone herramientas conceptuales y metodológicas] para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir”. (1,2)



En los últimos 40 años las propuestas de Atención Primaria en Salud Integral que ponen en el centro al equipo de salud familiar con médicas/os de familia han mostrado que tienen capacidad de incidir sobre elementos críticos de estos procesos de forma que fortalecen la construcción colectiva de la salud como un derecho humano. (3)

Sin embargo, en Chile el derecho a la salud y el sistema de atención hoy se encuentran en una situación compleja, nuestro sistema es inequitativo en el acceso y en el financiamiento, y en la Constitución Política se define la libertad de elección de aseguramiento como constitutivo de la seguridad social de salud, pero en la práctica son dos sistemas para dos clases de ciudadanos/as.

4. Médico de Familia, Magíster en Salud Pública y en Administración de Salud, Vicepresidente del Consejo Regional Santiago (Colegio Médico de Chile). Médico en Centro de Salud de AP Las Mercedes y profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile

Por otro lado, la última reforma en salud planteó dar un impulso inédito a la atención primaria (AP), sin embargo se encuentra afectada por problemas no abordados y que amenazan el éxito de este proceso, así como la Estrategia Nacional de Salud (2011 – 2020): uno de ellos es la ausencia de una política para los recursos humanos de AP. La falta de avances en el desarrollo del modelo de salud, como parte integrante de un sistema de seguridad social, provoca una insuficiente respuesta a las necesidades y expectativas de la población; manteniéndose bajos niveles de satisfacción usuaria, así como de control de enfermedades crónicas. (4)

### Contexto histórico

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de acceso a salud. Durante el Siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos (5), como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad. Su objetivo primordial era dar solidaria protección ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar en base a la creación de un sistema de seguridad social fundado sobre el ahorro de sus asociados/as. Luego, en el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley Nº 4.054), por la cual empleadores y obreros debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. Esta ley significó la introducción del Estado en la provisión de atención a los/as trabajadores/as. Posteriormente, en 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.

Este desarrollo de la seguridad social en salud, llevó a realizar propuestas relacionadas con un concepto de atención integral de salud, en el contexto temporal del siglo pasado, como “una atención médica eficiente y oportuna para toda la población y para cada persona considerada integralmente. Más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, se dirige al ser humano en su totalidad física y mental, en continua adaptación a su medio ambiente socio-cultural. Atención descentralizada, próxima al hogar o al sitio de trabajo, a cargo de un equipo funcionario bien integrado, en estrecha armonía y continuidad con el Hospital Base y con todos los organismos locales. Atención que integra, en cada prestación, los aspectos somáticos y psíquicos, lo individual con lo social, y las acciones preventivas y curativas. Por fin, atención planificada y con permanente intención educativa.” (6)

Luego, bajo condiciones de dictadura (1973 y 1989), se imponen cambios radicales de corte neoliberal, con un modelo de mercado en salud, seguridad social y en el resto de derechos sociales. Se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), para recibir el aporte de las cotizaciones de las personas con mayores ingresos (7). Se concretan una serie de medidas que modificaron profundamente el sistema público de salud, se fragmentó el Servicio Nacional de Salud, siendo reemplazado por un Sistema Nacional de Servicios de Salud, se traspasó la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades (8). En relación a esta medida, Salinas, refiere que habría sido ideada como una manera encubierta para iniciar la privatización del sistema de salud, ya que luego del traspaso de los establecimientos a los municipios, se podría realizar la transferencia a privados.(9) Por otra parte, se produce la autonomía de una porción de la salud del gobierno central, lo que origina una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría pobre.

Posteriormente, como resultado del proceso de reforma de salud del año 2005, se implementa el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), que constituye la principal transformación en materia de políticas públicas de salud durante las últimas dos décadas. Las garantías corresponden al acceso a intervenciones sanitarias para determinados problemas y condiciones de salud, con una atención establecida en plazos máximos, a una supuesta calidad acreditada de los prestadores que otorgan dichas actividades de salud y a protección financiera, con copagos fijos en cada una y un sistema de tope anual de copagos por grupo familiar.(10)

Si bien el GES, como modificación fundamental del proceso de reforma de la década anterior, logra influir en las prácticas cotidianas del sistema de salud, sus efectos positivos han sido limitados y sus problemas importantes: exceso de burocracia en el nivel primario de atención (desviando la atención integral), generación de discriminación a nivel hospitalario acerca de pacientes con o sin alguna de estas enfermedades (o su pertenencia a algunos de los grupos etarios específicos definidos) y un desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema privado, por una supuesta mala planificación de recursos humanos de salud y un déficit no abordado de infraestructura y financiamiento público.

Por lo tanto, hasta el día de hoy no se han solucionado los graves problemas que justificaban y justifican una reforma de salud, en el caso de las personas que se atienden en los centros de salud del nivel primario: falta de horas médicas y de otros/as profesionales, escaso tiempo para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud, falta de medicamentos y exámenes, falta de especialistas (Medicina Familiar), con una repercusión grave en el resto del sistema público de atención. Para la atención hospitalaria: persisten largas listas de espera para otras especialidades, falta de recursos para una atención digna, discriminación entre pacientes GES y No GES, desvío de recursos hacia el sistema privado, con el consecuente desfinanciamiento del sistema público, con el sistema de urgencias colapsado. Como consecuencia del contexto actual, se ha generado una alta carga de enfermedades crónicas que no están siendo controladas y que seguirán manifestando sus complicaciones a futuro, lo que trae consigo una baja satisfacción usuaria.(cita)

Existen importantes desigualdades en el acceso y estado de salud entre niveles de ingreso y grupos sociales. Estas desigualdades son reforzadas tanto por los seguros privados que discriminan por riesgo a sus propios beneficiarios y a sus potenciales beneficiarios, como por la fuerte dependencia que el sistema tiene del gasto privado, incluyendo en buena parte el gasto de bolsillo de las familias para el pago de prestaciones y medicamentos, entre otros aspectos no cubiertos por los seguros de salud. (11)

Esta situación inequitativa ocasiona que el gasto per cápita en salud de una persona de una ISAPRE sea un 50% mayor que el de una persona en FONASA. Lo que produce segmentación de la población en el acceso a salud, ya que las personas con mayores recursos económicos y mejor estado de salud se encuentran en el sistema privado, recibiendo una atención más rápida e incluso excesiva, a diferencia de las personas con menores recursos y de peor estado de salud que se atienden en el sector público. Se consagra una salud para ricos y sanos y otra para los pobres y enfermos(12); lo que podría incrementar el gasto de bolsillo en nuestro país, representando una proporción muy elevada del gasto total en salud, correspondiente al menos a un 32%, aún puede ser catastrófico para familias de ingresos bajos y medios(13) y reflejado en nuestra red pública de salud con déficit financiero y de infraestructura, dentro de un proceso lento y controlado de desmantelamiento que tiene más de 45 años,

profundizándose a través de una creciente mercantilización generada por la lógica subsidiaria del Estado, en que se ha creado un mercado de compra y venta de atenciones de salud, generando una diferencia entre el precio y el costo real de las atenciones, generando una enorme brecha entre el arancel que paga FONASA y el costo real para el establecimiento público. Esta se materializa en la histórica deuda hospitalaria y en el déficit del financiamiento per cápita para la AP, perjudicando el manejo económico del sector público, haciéndolo incapaz de cumplir con las demandas de salud de la población que requieren mayor acceso estigmatizando el sector público, para sostener el argumento que este sistema sería ineficiente y justificaría millonarios traspasos de recursos a los privados para resolver la brecha existente de la capacidad pública, con lo que se financia el lucro en salud bajo el esquema de subsidios a la demanda y con detrimento de la oferta pública y termina discriminando los hospitales del estado y favoreciendo al sector privado, pues reciben mejores pagos por las mismas actividades, ya que el Fisco termina pagando sobrepagos respecto a los costos reales.

Un principio fundamental que orienta la política de salud en Chile es el paradigma de la focalización, lo que implica que las políticas públicas son diseñadas para grupos específicos de la población que se encuentran en situación de “vulnerabilidad” y, por tanto, requieren de la asistencia del Estado. Este enfoque terminó por liquidar la concepción de la universalidad en uno de los derechos humanos, la salud. Esta lógica se encuentra detrás del sistema GES, que cubre algunas patologías (actualmente solamente 85) y en ciertos tramos de edad, generando un problema de exclusión tanto en la cobertura como también de grupos que no acceden como beneficiarios/as.

### **Propuestas para la construcción colectiva del Derecho a la Salud**

Las siguientes síntesis contiene propuestas de transformaciones que requeriría el sistema de salud chileno, para refundarlo bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. (14)

**Derecho a la Salud:** El derecho a la salud debe ser consagrado en la Constitución de manera pública, gratuita y de calidad para todo/as. Concebir la salud como un derecho implica que el Estado garantice a toda la población el mayor grado de bienestar en salud, y que este no se encuentre segregado

por capacidad de pago y riesgo de enfermar. La Constitución debe garantizar la cobertura universal de la salud, es decir el acceso, la calidad y la protección financiera al conjunto de los habitantes del país, provisto desde el Estado. Generar un cambio de esta magnitud, obliga al Estado a mejorar y ampliar el sistema público de salud. Sólo en un sistema donde desaparezca la segregación, y que funcione bajo un marco solidario de financiamiento lograremos satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población.

**Financiamiento solidario:** La forma en la cual hoy se está financiando la salud en Chile ha generado una controversia, el sistema privado que cuenta con la mitad de los recursos que el país utiliza en salud, financian las prestaciones y servicios de salud de menos del 20% de la población (con mejores condiciones económicas y de salud), y el sistema público está desfinanciado y es donde se atienden más de 13 millones de personas, que son los más pobres y con mayor probabilidad de enfermar.

**Fortalecimiento del sistema público de salud:**

- Recursos financieros: Chile está gastando en la salud pública 4,5% del producto interno bruto (PIB) para cubrir el gasto en salud de más de 13 millones de personas. Estos recursos han demostrado ser insuficientes, dado el estado en que se encuentran nuestros consultorios y hospitales, así como la mermada cobertura que se entrega a la población. Las recomendaciones de los organismos internacionales a nuestro país plantean que el gasto público debería alcanzar el 6% del PIB. Es necesario terminar con los traspasos de recursos públicos a los prestadores privados, donde se terminan financiando parte de las atenciones que deberían estar garantizadas en los establecimientos públicos. La red pública de salud debe pasar de una forma de obtener recursos para su funcionamiento basada en esquemas de restricción presupuestaria, a un modelo donde lo que se anteponga sean las necesidades sanitarias de la población.

- Inversión sectorial: Es necesario revertir el proceso de desmantelamiento que ha sufrido el sistema público de salud desde la dictadura, la política de inversiones debe estar en función de las necesidades de la población y no del lucro privado como ocurre con la actual política de concesiones.

- Énfasis en promoción y prevención de salud: Los dineros destinados a prevención y promoción son insuficientes, y

se privilegian programas que no consideran la evidencia producida en los últimos 100 años. Es hora de generar un presupuesto de salud con alto énfasis en la promoción de salud provista por el Estado que equivalga al menos al 1% del total del gasto de salud.

- Atención Primaria: El nivel primario de atención debe ser el pilar fundamental del sistema de salud, en este sentido es fundamental mejorar su financiamiento, ya que hoy existe escasez de personal, de capacidad diagnóstica y terapéutica, entre otros aspectos relacionados con su labor, debido a la falta de presupuesto. De esta forma, debe duplicarse el valor per cápita actual, siendo importante también mejorar la redistribución de recursos desde las comunas ricas hacia las más vulnerables. La gestión de los recursos no puede estar supeditada al criterio de la administración de un alcalde en particular o de corporaciones municipales, es necesario que los funcionarios y la comunidad tengan injerencia en la toma de decisiones con respecto al presupuesto y de esta forma evitar que los recursos de salud se mal utilicen o se desvíen hacia otros gastos. Además, se deben reevaluar las actividades de la APS, reformulando la canasta básica, adecuándola a lo que realmente debiera hacerse, es decir, incorporar acciones de prevención y promoción de salud, así como mejoras a la capacidad resolutoria (apoyo diagnóstico y del arsenal farmacológico).

- Red de salud: Se requiere mejorar la coordinación que existe entre los distintos niveles de atención, para optimizar el trabajo de la red de salud. Para superar los problemas de deuda hospitalaria es necesario abandonar la política arancelaria, y pasar a un esquema de asignación per cápita de acuerdo a la población asignada en las redes de salud, generando ajustes por nivel socioeconómico y riesgo a enfermar. Es necesario avanzar en mejorar la calidad, no tan solo de la prestación de salud, sino que es necesario asegurar la dignidad del/a usuario/a en todas las esferas.

- Formación del recurso humano: Desde hace 30 años ha habido una sistemática precarización laboral en el sistema público, que se ha acrecentado estos últimos 10 años, provocando un déficit de profesionales de la salud, médicos generales y especialistas en el sistema público, con importante migración al sistema privado por las enormes brechas salariales. Parte del fortalecimiento del

sistema pasa por asegurar estabilidad laboral, carrera funcionaria, condiciones adecuadas para el desempeño de las profesiones y opciones de capacitación y formación permanente, en todos los niveles, desde la atención primaria hasta los hospitales de alta complejidad.

- Medicamentos: Actualmente se cuenta con una cartera de medicamentos muy restringida que limita la resolutoria de la atención y la mayor parte de la población debe invertir importantes sumas de dinero en la compra privada de medicamentos en las grandes cadenas de farmacias que controlan la oferta y por ende los precios. Por lo que se requiere con urgencia avanzar en la cobertura universal de medicamentos, asegurando su disponibilidad de un listado de medicamentos actualizados permanentemente en los centros de salud.

- Participación y democratización: El sistema de salud es sumamente jerarquizado y con nula participación de la comunidad. La participación se ha entendido solamente desde una perspectiva consultiva, por lo que es necesario avanzar hacia la triestamentalidad en la toma de decisiones del conjunto del sistema de salud.

La complejidad de los contextos sociales exige que se incorporen, adapten y actualicen programas formativos de modo que médicos y médicas familiares tengan la capacidad de hacer frente a las vicisitudes que se presentan en su práctica cotidiana.

### Referencias

1. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.
2. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda J, Concha-Sánchez S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev Salud Pública. 2013;15(6):797-808.
3. Tejerina Silva H, Soors W, de Paepe P, Aguilar Santacruz E, Closos MC, Unger JP. Reforma de gobiernos socialistas a políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud. Rev Med Social. 2009;4(4):273-82.
4. Bass C. Family health model in Chile and greater

resoluteness of PAHO: contradictory or complementary?. Medwave 2012 Dic;12(11):e5571 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571.

5. Ilanes, MA. (2003). La revolución solidaria. Las Sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. 22 de julio de 2019, de POLIS, Revista Latinoamericana Sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500514>> ISSN 0717-6554.

6. Oficina Central de Planificación de la Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende. (2006). Plan de salud, atención médica y medicina social - Chile 1964. Cuadernos Médicos Sociales, 1, 34.

7. Tetelboin, C. (2009). Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en América Latina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. 30 de julio de 2019, de Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Sitio web: <http://cdsa.academica.org/000-062/1495.pdf>

8. Bustos, R. (1998). La Reforma de la Salud en América Latina: ¿Qué Camino Seguir? (la experiencia chilena). Colegio Médico de Chile.

9. Salinas, H., Lenz R. (1999). Las NO reformas de salud en Latinoamérica, razones que explican su fracaso. Santiago de Chile: Editorial Andros.

10. Escobar, L., Bitrán, R. (2014). Chile: Las Garantías Explícitas de Salud. Planes de Beneficios en Salud de América Latina: Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo.

11. Debrott, D. (2018). Sistema de salud chileno: Funcionamiento, problemáticas y propuestas de reforma. . En Chile del Siglo XXI: Propuestas desde la Economía (261-296). Santiago de Chile: Ediciones Böll y Estudios Nueva Economía.

12. Superintendencia de Salud. (2019). Estadísticas consolidada de cartera del sistema isapre año 2017. . 22 de julio de 2019. Sitio web: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-15612.html>

13. Benitez A, Hernando A, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. Puntos de Referencia MR, Edición Digital. No. 491, Centro de Estudios Públicos. Octubre 2018.

14. Fundación Creando Salud. (2014). Ejes programáticos.

La última reseña trata un tema innovador en la cultura occidental y nos invita a conectarnos con nosotros mismos, cada día toma más relevancia la práctica del mindfulness y aumenta en esta medida cada vez más el número y calidad de la evidencia disponible; los invitamos a leer la siguiente participación a cargo del Dr. Francisco Villalón.

## *Mindfulness en la práctica clínica: Burnout, cuidar y autocuidarse*

Francisco J. Villalón L. <sup>5</sup>

**E**l encuentro constante con un otro en condición de vulnerabilidad y sufrimiento crea un espacio que bajo ciertas condiciones organizacionales, laborales e individuales(1-3), es propicio para el agotamiento emocional, despersonalización y disminución percibida del logro. Estos elementos caracterizan el síndrome de burnout que presenta una alta prevalencia en médicos a nivel mundial, alcanzando en promedio un 67% en 45 países(4). Esto afecta al paciente deteriorando la atención, la seguridad y aumentando el error médico, como también al profesional aumentando el riesgo de abusos de sustancias, depresión, suicidio y pobre autocuidado. En consecuencia, afecta al sistema de salud encareciéndolo, disminuyendo la productividad y la accesibilidad.(1,2)

Se han evaluado diferentes alternativas para disminuir este síndrome tanto a nivel individual como a nivel organizacional, siendo las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) una de las que ha demostrado mayor efectividad a nivel individual.(1,5) De esta forma, se vuelve una práctica relevante para incorporar en el contexto de la atención primaria, considerando además los beneficios descritos para la salud física como mental de la población(6,7). Basado en esto se realizó un taller sobre la evidencia que sustenta las IBM y una introducción a su práctica personal.

El constructo “mindfulness” se ha definido como un modo de atender a la experiencia momento a momento, con una actitud abierta, libre de juicio y de aceptación(8). Este modo se puede encontrar con distinta frecuencia en las personas

5. Médico, colaborador del Programa Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina y del Centro de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

considerándose como un rasgo. A su vez este se puede desarrollar mediante prácticas formales o informales, como la meditación o actividades de la vida diaria.

Para esto se han creado diferentes programas, siendo el de reducción de estrés basado en atención plena (REBAP) o mindfulness based stress reduction (MBSR) en inglés, el que presenta mayor evidencia. Este fue creado por Jon Kabat-Zinn de la Universidad de Massachusetts en 1979 (9). Este consta de ocho sesiones de dos horas y un día de retiro donde se abordan diferentes prácticas meditativas y se integran con los principios de mindfulness, junto con los conceptos de conciencia corporal, regulación emocional, regulación cognitiva, comunicación y autocuidado.

Durante el taller presentado en el congreso Iberoamericano de Medicina Familiar en la ciudad de Tijuana el pasado mes de mayo, se realizaron prácticas meditativas comiendo, explorando el cuerpo, respirando y con imaginería basada en compasión, llamada meditación metta. Cada una de ellas con efectos diferentes a nivel subjetivo y cerebral.(10–12) Entre cada práctica se indagó en la experiencia de los participantes, para profundizar en ella y discutir las dudas que surgieron.

Se contrastó la experiencia directa, con la evidencia disponible de los beneficios de estas prácticas en cuanto a lo siguiente: síntomas depresivos, recaída de depresión(13), ansiedad(6), estrés(14), cambio de hábitos alimenticios(15), manejo de dolor crónico(7), cese de tabaquismo entre otros(6). También se conversó sobre los beneficios en la comunicación(16), liderazgo(17) y productividad(18).

Se reflexionó sobre las formas de implementar estas prácticas en la vida diaria, a nivel clínico y organizacional.



Se incluyeron opciones de implementación en los centros de salud como un eje transversal que integre no solo a los profesionales de la salud con espacios de intercuidado, sino que también a los cargos directivos, administrativos y a los pacientes.

De esta forma se busca mejorar la resiliencia en los clínicos, mejorar la calidad del cuidado promoviendo la empatía y la compasión, y mejorar la calidad de la atención para que sea más segura, accesible, centrada en el paciente, implementando así un sistema de salud más atento y amable.(19)

### Referencias

1. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* junio de 2018;283(6):516-29.
2. Patel R, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci.* 25 de octubre de 2018;8(11):98.
3. Azam K, Khan A, Alam MT. Causes and Adverse Impact of Physician Burnout: A Systematic Review. 2017;27:7.
4. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA.* 18 de 2018;320(11):1131-50.
5. Wiederhold BK, Cipresso P, Pizzioli D, Wiederhold M, Riva G. Intervention for Physician Burnout: A Systematic Review. *Open Med.* 4 de julio de 2018;13:253-63.
6. Goldberg S, Tucker R, Greene P, J. Davidson R, Wampold B, J. Kearney D, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 1 de noviembre de 2017;59.
7. Khoo E-L, Small R, Cheng W, Hatchard T, Glynn B, Rice DB, et al. Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evid Based Ment Health.* febrero de 2019;22(1):26-35.
8. Bishop SR. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clin Psychol Sci Pract.* 1 de agosto de 2004: 11(3):230-41.
9. Kabat-Zinn J. Vivir con plenitud las crisis: cómo

utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Programa de la Clínica de Reducción del Estrés del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. Barcelona: Editorial Kairós; 2012.

10. Kok BE, Singer T. Phenomenological Fingerprints of Four Meditations: Differential State Changes in Affect, Mind-Wandering, Meta-Cognition, and Interoception Before and After Daily Practice Across 9 Months of Training. *Mindfulness*. 1 de febrero de 2017;8(1):218-31.

11. Tang Y-Y, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci*. abril de 2015;16(4):213-25.

12. Brewer JA, Worhunsky PD, Gray JR, Tang Y-Y, Weber J, Kober H. Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proc Natl Acad Sci*. 13 de diciembre de 2011;108(50):20254-9.

13. MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 18 de junio de 2018;14:1599-605.

14. Burton A, Burgess C, Dean S, Koutsopoulou GZ, Hugh-Jones S. How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis: Mindfulness Interventions for Stress Reduction. *Stress Health*. febrero de 2017;33(1):3-13.

15. Carrière K, Khoury B, Günak MM, Knäuper B. Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis: Mindfulness interventions for weight loss. *Obes Rev*. febrero de 2018;19(2):164-77.

16. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review. *J Clin Med* [Internet]. 17 de marzo de 2017

17. Reb J, Narayanan J, Chaturvedi S. Leading Mindfully: Two Studies on the Influence of Supervisor Trait Mindfulness on Employee Well-Being and Performance. *Mindfulness*. febrero de 2014;5(1):36-45.

18. Kersemaekers W, Rupperecht S, Wittmann M, Tamdjidi C, Falke P, Donders R, et al. A Workplace

Mindfulness Intervention May Be Associated With Improved Psychological Well-Being and Productivity. A Preliminary Field Study in a Company Setting. *Front Psychol*. 2018

19. Epstein R. *Attending: Medicine, Mindfulness, and Humanity* [Internet]. Scribner. Scribner; 2017

Fundación Creando Salud. (2014). Ejes programáticos.







**XXI** Congreso  
Chileno  
Medicina Familiar

**30 de Septiembre  
al 3 de Octubre**

**Aula Magna  
Universidad de La Frontera  
TEMUCO**