

Archivos en Medicina Familiar

An International Journal

• Práctica de la Medicina Familiar • Instrumentos de Evaluación Familiar • Salud Reproductiva • Pobreza y Familia • Educación Médica • Bioética

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA ASOCIACIÓN ACADÉMICA PANAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR AC



Con el apoyo del:



Consejo Mexicano de
Certificación en Medicina
Familiar

Contenido

Artículo Editorial: Reflexiones a modo de tributo para un médico humanista: el doctor Agustín Hidalgo.

Artículos Originales: Asociación de lumbalgia crónica con ansiedad en trabajadores de una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California. México / Riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 en trabajadores de la salud a través del Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) / Frecuencia de síntomas relacionados con depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores que presentaron enfermedad por COVID-19 en una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California. México .

Artículos Especiales: Error clínico, paciente difícil e incidente crítico: un triángulo motivador para formar residentes.

Cartas al Editor: El médico familiar como promotor de resiliencia / El derecho a una muerte digna en el adulto mayor.

Archivos en Medicina Familiar (ISSN 1405-9657) es el Órgano de Difusión de la Asociación Académica Panamericana de Medicina Familiar AC recibe artículos originales sobre las distintas áreas de desarrollo científico en Medicina Familiar, Práctica Médica General y Atención Primaria a la Salud, los cuales podrán ser publicados previa aprobación del Comité Editorial. La revista promueve la participación interdisciplinaria y la contribución de diversas ciencias tanto de la salud como sociales.

Archivos en Medicina Familiar es una publicación trimestral. Editada por la Editorial Medicina Familiar Mexicana.  Miembro de la CANIEM No.1812, Calzada Vallejo 747, Col. Nueva Vallejo, México, 07750, D.F. Correspondencia: Calzada Vallejo 747, Col. Nueva Vallejo, México, 07750, D.F. Certificado de Reserva de Derechos 04-2000-060610353900-102, Secretaría de Educación Pública. Certificado de Licitud de Título No.11354. Certificado de Licitud de Contenido No.7960.

Editora

HERLINDA MORALES LÓPEZ

Editores Eméritos

ARNULFO E. IRIGOYEN CORIA

PABLO GONZÁLEZ BLASCO

COMITÉ EDITORIAL

JOSÉ SAURA LLAMAS (ESPAÑA)

MARCO AURELIO JANAUDIS (BRASIL)

GRAZIELA MORETO (BRASIL)

MARCELO ROZENFELD LEVITES (BRASIL)

MARIA AUXILIADORA CRAICE DE BENEDETTO (BRASIL)

JUAN FIGUEROA GARCÍA (MÉXICO)

Corrección de estilo en portugués: Dra. MARIA AUXILIADORA CRAICE DE BENEDETTO

Corrección de estilo en inglés: Dr. VÍCTOR HUGO VÁZQUEZ MARTÍNEZ

Los conceptos publicados en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores.

Arch Med Fam 2024;26(2): 91-144.

Correo electrónico de la EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA : olivos661@gmail.com y archmedfam@hotmail.com

Contenido

Artículo Editorial

Reflexiones a modo de tributo para un médico humanista: el doctor Agustín Hidalgo / *Reflexões em homenagem a um médico humanista: Doutor Agustín Hidalgo / Reflections as a Tribute for a Humanist Doctor: the Physician Agustin Hidalgo* 91

Artículos Originales

Asociación de lumbalgia crónica con ansiedad en trabajadores de una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California. México / *Association of Chronic Low Back Pain with Anxiety in Workers of a Family Medicine Unit in Mexicali, Baja California. Mexico* 97

Riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 en trabajadores de la salud a través del Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) / *Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Healthcare Workers Through the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC)* 103

Frecuencia de síntomas relacionados con depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores que presentaron enfermedad por COVID-19 en una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California. México / *Frequency of Symptoms Related to Depression, Anxiety and Stress in Older Adults who Presented with COVID-19 Illness in a Family Medicine Unit in Mexicali, Baja California. Mexico* 111

Artículos Especiales

Error clínico, paciente difícil e incidente crítico: un triángulo motivador para formar residentes / *Clinical Error, Difficult Patient and Critical Incident: a Motivational Triangle to Train Residents* 117

Cartas al Editor

El médico familiar como promotor de resiliencia / *O médico de família como promotor de resiliencia / The family Physician as a Promoter of Resilience* 129

El derecho a una muerte digna en el adulto mayor / *O direito a uma morte digna no idoso / The Right to a Dignified Death in the Older Adult* 131

*Doctor en Medicina. Director Científico de SOBRAMFA. <https://orcid.org/0000-0001-8682-8770>. pablogb@sobramfa.com.br. **Maestro en Farmacología. Doctorante em Investigación Psicológica ITESO-IBERO. Presidente del Colegio Jalisciense de Medicina Familiar A.C.(México). <https://orcid.org/0000-0003-1002-499X> ismaelravi@gmail.com

Reflexiones a modo de tributo para un médico humanista: el doctor Agustín Hidalgo

Reflexões em homenagem a um médico humanista: Doutor Agustín Hidalgo

Reflections as a Tribute for a Humanist Doctor: the Physician Agustin Hidalgo

Pablo González Blasco,* Ismael Ramírez Villaseñor.**

Nunca llegamos a encontrarnos personalmente. Pero nos entendíamos bien, muy bien. Acompañamos parte de su trayectoria con los artículos que publicaba, algunos de los cuales utilizamos en nuestras reuniones científicas. Uno de los primeros que llegó a nuestras manos y lo presentamos en la reunión científica semanal¹ (que hacemos desde hace 23 años, sin interrupción, y llamamos familiarmente *marcapaso*, para evitar asistolias) fue sobre el perfil de los médicos que llegan a la universidad en estos tiempos. Agustín, se preguntaba en el editorial de la *Revista de Medicina y Cine* ¿Si accedían al grado de medicina los más adecuados para formar buenos médicos y médicas humanistas? Obviamente el tema era de lo más sugestivo para quien lleva más de tres décadas intentando formar médicos humanistas.^{1,2} Agustín comentaba, que el sistema de selección de los estudiantes que acceden a la universidad no ha variado sustancialmente: priman las calificaciones basadas en conocimientos y no se estiman actitudes ni valores. Y reconoce que pocos centros disponen de mecanismos que evalúen si los aspirantes realmente cumplen con los requisitos exigidos, fundamentalmente los actitudinales.²

¿Qué piensan los propios estudiantes de sus capacidades? es la pregunta que sigue. Y la respuesta (reuniendo varios estudios) es que, aunque casi 80% se consideran adecuados, un 20% de los estudiantes se atribuyen un valor inferior al deseado, lo que es preocupante. Habría que implementar tanto mecanismos de selección como de formación en humanidades médicas a lo largo de los estudios de Grado y en toda su actividad profesional.

El bajo nivel de empatía -que los estudiantes apuntan- es otro desafío. Otros estudios establecen que, si bien los estudiantes alcanzan calificaciones elevadas en aspectos relacionados con el hábito compasivo, son mejorables las que miden la cualidad de ponerse en el lugar del paciente. Estos déficits preocupan pues, si bien se

ha propuesto que la empatía parece aumentar a lo largo de la titulación, es difícil mantenerla a lo largo del ejercicio profesional, sin olvidar que la empatía es la base del desarrollo de otros valores como el respeto, la sinceridad, la compasión o el altruismo, considerados necesarios para la transformación de los estudiantes en profesionales humanos. Otros autores consideran que las características que definen a un buen médico no pueden ser modificadas por la educación, pero sí pueden y deben ser cuidados a lo largo de los estudios y la actividad profesional. Aquí vino la primera sorpresa, porque esos “otros autores” -que Agustín citaba- éramos los que escribimos estas líneas.¹ Habrá que escribirle, pensamos. Y así quedó el asunto, hasta que otro artículo llegó a nuestro *marcapaso* semanal: humanización de la medicina en tiempos de Covid, abordando asuntos sobre los que también escribimos en los tiempos de pandemia.³⁻⁵ Citando a varios autores -también conocidos nuestros- Agustín se pregunta: “¿Se puede enseñar medicina sin enfermos? ¿Se puede enseñar medicina a distancia? Lo que no deja de ser complejo porque por una parte el paciente nunca es igual a lo que ponen los libros; los padecimientos de un enfermo no siempre son lo mismo que las enfermedades, y, por otra, en la enseñanza en un entorno clínico se adquieren valores propios de la profesión: *entrega, generosidad, altruismo, trabajo en equipo, compasión, sufrimiento, comunicación, etc.* No en vano se ha propuesto que no hay ninguna época mejor para aprenderlo que una pandemia”. Y continúa: “La no presencialidad de la docencia ha condicionado que los estudiantes hayan perdido la oportunidad de cimentar su decisión vocacional de dedicarse a la medicina. También han perdido la oportunidad de enfrentar problemas éticos complejos, como actuar cuando los recursos son limitados y a gestionar la incertidumbre. Y, cabría añadir, que la virtualización de la enseñanza impide el contacto con el enfermo y, en consecuencia, rompe dos diálogos imprescindibles en medicina: la relación entre el *profesor y*

el estudiante y entre el estudiante y el enfermo supervisada por sus tutores, de quienes aprenderán toda una suerte de conductas y valores médicos imprescindibles para su formación, entre ellos, la aproximación al enfermo, la apreciación del diálogo médico-enfermo adecuada no sólo al tipo y gravedad de la enfermedad sino también a su formación cultural y rol social, porque la medicina no puede dejar de ser social y, por tanto humana. El encuentro con el enfermo y el encuentro con el alumno al lado del enfermo, son partes esenciales para introducir al alumno en el universo de una medicina humanizada, lo que obliga a la promoción del desarrollo humano de los estudiantes a lo largo del currículo formativo, para lo que es importante la existencia de unidades docentes en los centros educativos que guíen el desarrollo curricular de los estudiantes en los aspectos humanos y humanísticos porque estimulan la sensibilidad médica y los convertirá en mejores médicos, en médicos de enfermos y no de enfermedades. No es sólo la medicina científica la que se aplica a la COVID-19 sino también la que se practica con el corazón.” En esta tesitura, decidimos escribir a Agustín sin más demora. Y así iniciamos en marzo de 2022 un diálogo que copiamos a continuación, porque tiene elocuencia propia.

Estimado Agustín:

Hace algún tiempo que quería escribirte, para comentar este artículo tuyo, que presentamos en nuestra reunión científica semanal. Aunque los temas de la reunión son clínicos, yo, como veterano, me permito el lujo de “servir un postre” con artículos de los amigos, para inspirar a los jóvenes. Hace un par de días me llegó otro ejemplar de la revista de medicina y cine, y he visto tu artículo. No sé si recibiste el “*e-book*” que montamos con todos los artículos que publicamos sobre Humanización y COVID. Y como también abor das el tema de la Educación a Distancia, quizá te interese este que hemos publicado recientemente.⁴ Perdona la extensión del e-mail, pero ya que me he puesto a escribir, mejor acabar. Y perdona que cuando pasé por Oviedo el pasado mes de octubre de 2021, se me pasó y podría haberte llamado. Para reparar, me leí “La Regenta”, y publiqué un comentario en mi BLOG.⁵ A ver qué te parece, tú que eres de Vetusta... Ya me contarás donde llegan los médicos filósofos con *background* en farmacología.

Recibimos la respuesta casi un mes después. Pedía disculpas, porque no se encontraba bien de salud, y a continuación añadía:

La editorial que aludes surge de la percepción de que el perfil de estudiante que nos llega ha cambiado. Supongo que los cambios sociales son los responsables principales, pero me preocupan dos cosas: la caída de la afluencia vocacional a los estudios y el frenazo del “ascensor social”, con lo que, mayoritariamente hemos vuelto a un “espíritu de clase” como hace 80 años. También me preocupa la atención de los estudiantes por los aspectos humanísticos, por ello los introducimos en asignaturas como Introducción a la Medicina, Documentación y Método científico donde hacen seminarios sobre literatura y arte. También en la asignatura optativa de Cine, Literatura y Medicina donde proponemos visionado de películas y lecturas de libros. Suelen tener buena aceptación, pero se imparten en cursos muy precoces (primero y segundo de carrera) y la verdadera formación, en la que adquirirán su formación completa como médicos se produce en la clínica y, sobre todo, en la residencia de especialidad donde tomarán las pautas de actuación de sus tutores. Y lo que veo por los hospitales no me anima mucho. Pero, en fin, es cuestión de tiempo y de que estos nuevos, que han recibido alguna aproximación al humanismo, vayan ocupando puestos relevantes para ir aplicándolos a la relación con los enfermos.

Gracias por enviar el artículo⁶ que no he podido leerlo en su totalidad (lo que haré en los próximos días) pero comparto las conclusiones. Me temo que por aquí tampoco se incide mucho en la relación médico-enfermo, aunque hay mucho marco teórico y mucho bla, bla, bla, no hay buenos programas formativos en este aspecto. En la carrera de Medicina se dedican 20 horas en segundo año, lo que queda muy lejos del comienzo de la actividad profesional de los estudiantes. No conozco que se haya llevado a cabo ninguna evaluación (en mi medio) de este aprendizaje en el medio clínico. En fin, un terreno muy amplio para la investigación.

Después entraba en el asunto personal de los libros que le comentamos:

Es amplio y acertado tu comentario sobre La Regenta. A mí, personalmente, me gusta más el cuento que la novela. Y esta novela es demasiado “gorda” para mis preferencias. Clarín fue un tipo bastante misógino en su vida, y esto se deja ver también en esta novela. No es de mis autores preferidos, pero es una novela con muchas aristas. Por cierto, aunque llevo en Asturias 40 años, de cuna soy extremeño, de un pueblo de la Provincia de Badajoz, de nombre *Quintana de la Serena*. Aunque mi aclimatación no es mala, echo en falta la luz, tanto tiempo después. Bueno, como ya sabes la filosofía es un refugio además de una base imprescindible para el ejercicio de la medicina y la ciencia médica. Hipócrates, Averroes, ... ya hablaban de ello como necesidad de completar la observación experimental, de aunar el método deductivo y el inductivo. También, Mario Bunge ha escrito sobre ello y estima que el acto médico es un tratado de filosofía, lo que comparto. En el crepúsculo de la vida, me gustó leer una entrevista a un filósofo local al que el periodista le preguntaba: ¿Para qué sirve la filosofía? Para pasear, fue la respuesta. Y la verdad es que hace mucha compañía.

Y ese mismo día, con entusiasmo por su texto inspirador, le contestamos a cuatro manos:

Estimado Agustín, veo con admiración su gran temple y nobleza mostradas al escribir con tan amplio detalle su carta a pesar de la dura situación por la que pasa. Estoy trabajando desde hace un año en la enseñanza de la ecuanimidad compasiva (una idea que no cree yo, pero si le dimos cierto sustento filosófico y psicosocial) se intenta enseñar a unir mente clara al acto de compartir el sufrimiento de otro (el paciente). Para eso desarrollamos un método que partió del uso de cortos de cine, y fui agregando casos clínicos reales, y fragmentos de música. El contexto es un curso de la residencia de medicina familiar que dura un año. Empieza por discutir un libro clásico de la medicina familiar, seguido de un curso de método clínico centrado en el paciente. La última etapa son sesiones tipo Balint donde se cristaliza teoría y experiencias prácticas. Tenemos un año y hemos aprendido que la continuidad de los grupos tipo Balint un año más podrían ser relevantes. Le comento todo esto reconociendo el gran esfuerzo que ha hecho usted -nosotros también lo intentamos- convencidos de que las emociones/sentimientos son educables y deben probarse los medios,

es seguida con nuestro mejor empeño. Le deseo fraternalmente que se mejore y siga aportando lo que le apasiona. (*Ismael Ramírez Villaseñor*)

Ya veo que nos entendemos -los tres- de maravilla. He disfrutado leyendo tu texto, que no es tomar nuestro tiempo, sino aprovecharlo. Mi recomendación es que te cuides, para poder continuar cuidando a los otros. Cuenta con nosotros donde podamos ayudar. Y, si, Clarín es sombrío, y La Regenta también me revolvió un poco las tripas. Como eres de Extremadura, tierra de “Indianos” ahí te mando mi comentario de “La Templanza” de María Dueñas,⁷ donde he disfrutado porque, como podrás ver, aunque yo sea de Madrid, me siento también un poco indiano, después de 47 años de este lado del Atlántico. (*Pablo González Blasco*)

No recibimos respuesta. Pasados cinco meses, en un cambio de e-mails con editores con quien colaboraba, nos avisan que Agustín había fallecido.

Poco después, encontramos una nota en esa misma revista,⁸ donde se puede leer: “*Seguramente somos muchos los que compartimos momentos entrañables con Agustín Hidalgo y muchos de ellos hablarán de él desde diferentes perspectivas.*”

¿Cuál es nuestra perspectiva de Agustín -pensamos- de este médico humanista al que nunca conocimos personalmente pero al que nos sentíamos unidos en ideales y misión? Quizá por la enorme familiaridad que tenemos con el cine en educación médica,⁹ la respuesta vino en forma de película: *Nunca te vi, siempre te amé*.¹⁰ Una producción elegante y entrañable, la relación entre una escritora y un librero de Londres, que intercambian correspondencia sin nunca llegar a encontrarse. Una película que transpira humanismo porque los humanistas, todos, escriben. Escriben cartas, publican artículos, anotan en sus diarios; saben que el torrente de ideas que las humanidades continuamente les inspiran, no es un patrimonio personal sino algo que debe, por esencia, ser transmitido. Como decían los antiguos, *scripta Manet, verba volent. Lo que no se escribe se lo lleva el viento*, como las palabras aladas de que habla Homero, en sus poemas épicos que, antes de ser escritos por él, habían sido cantados por las gentes. Bien sabía de esto otro inglés

humanista, el Cardenal Newman,¹¹ que escribió más de veinte mil cartas,¹² hacía copia de muchas de ellas, y comentaba que, para escribir la biografía de alguien, lo mejor sería hacerlo no apenas relatando los hechos, sino a la luz de sus escritos y sus cartas, donde el espíritu se desnuda y aparece la persona en su verdadera dimensión, al natural.¹³

Quizá sea esa nuestra perspectiva de este amigo, médico humanista, que nos recordó y empujó a escribir, una obligación moral para construir el humanismo médico.¹⁴ Ese es el legado que debemos dejar a los que quieren transitar por estos caminos, donde la medicina, el humanismo y la filosofía se encuentran “para poder pasear por la vida”, haciendo el bien a los otros. Educar en el humanismo, es decir, educar para modular las emociones y sentimientos del médico en formación, para poder desempeñarse saludablemente en la compleja realidad del encuentro clínico, no es como podría creerse, un anhelo romántico imposible. Es una tarea indispensable y urgente. De hecho, aprender a actuar con compasión ecuánime es la aportación mayor que la MEDICINA, con mayúsculas puede hacer a la humanidad. Jacobo Needleman, filósofo de la Medicina, señaló que ésta desde su origen buscó comprender la realidad física (investigarla científicamente) con el único afán de aliviar el dolor/sufrimiento humano. La Medicina nació uniendo ciencia y arte¹⁵ por la sencilla razón de que al principio no tenía más que arte para ofrecer ante la desgracia de la enfermedad. Pero, después del Renacimiento, en tres siglos cambió una impotencia técnica de milenios, hasta que la técnica nos nubló la vista especialmente después de la Segunda Guerra Mundial. Hoy la sociedad demanda que la Medicina retome el equilibrio elevando el arte al mismo nivel de relevancia que le da al lado técnico-instrumental que hoy la domina.

Agustín Hidalgo, trabajó en esa línea prioritaria y crucial de la medicina para devolverle su balance humanista. Tal vez es oportuno señalar que desde 2011 la publicación de artículos que reportan resultados de intervenciones diseñadas para educar emociones y sentimientos, y por ende practicar con humanismo, se han disparado verticalmente.¹⁶ Actualmente, hay pruebas sólidas de que el trato compasivo reduce síntomas y mejora la calidad de vida de los pacientes. Y por lo contrario, la falta de compasión eleva costos, quejas y eventos adversos.¹⁷ Las Asociaciones Médicas Nacionales de Canadá y EE. UU consideran a la compasión como el estándar de cuidados médicos y le dan un valor central en la ética médica.¹⁸ Incluso, en Nueva Zelanda ha habido movimientos sociales que han intentado una reforma legal que eleve como derecho del paciente la atención compasiva. Creemos que Agustín Hidalgo se esforzó en el rumbo que puede hacer sobrevivir a la Medicina en el presente siglo ante la amenaza de la “medicina por algoritmos” que puede hacerse sin emociones y sentimientos. Eso que hoy se denomina “*inteligencia artificial*”, pero que como dice Chomsky, es la antigua cibernética de mediados del siglo XX con un nuevo nombre dirigido a los consumidores nacidos en la era digital.¹⁹

En suma, la práctica médica despojada de humanismo, sin compasión ecuánime, va por la vía hacia una forma de robotización presidida por el imperio de los algoritmos estadísticos. Agustín Hidalgo fue uno de los nuestros, de los que pensamos que otro rumbo es posible para la Medicina. Que unir ciencia y arte es posible e indispensable, y que puede darse en el florecimiento de ambos. Honor a Agustín Hidalgo el amigo que no conocimos físicamente; pero el mundo real es más que físico ¿O no?

Referencias

1. González-Blasco P, Delgado-Marroquín MT, Moreto G, Altisent R. Vocación y profesionalismo: reflexiones de los estudiantes catalizados por el cine de Spielberg. *Educ. Med.* 2019; 20(4):249-255.
2. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.10.001>
3. Hidalgo Balsera, A. (2022). Humanización de la medicina en tiempos de COVID-19. *Revista De Medicina Y Cine*, 18(1), 1-4. <https://doi.org/10.14201/rmc.27907>
4. Cfr. <https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2022/10/LivroCovid-19Completo.pdf>
5. Blasco, P. G. ., Benedetto, M. A. C. D. ., Moreto, G. ., & Levites, M. R. . (2021). Educação Médica a Distância: oportunidades, ameaças e reflexões. O cheiro da Capela Sistina. *Revista De Medicina*, 100(4), i-iv. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v100i4pi-iv>
6. Cfr. <https://pablogonzalezblasco.com.br/es/2022/02/18/leopoldo-alas-clarin-la-regenta/>
7. Ramírez-Villaseñor I. La enseñanza de la relación médico-paciente con poder terapéutico: enfocado con la teoría fundamentada constructivista. *Rev. Mex Med Fam.* 2022;9:20-30.
8. Cfr. <https://pablogonzalezblasco.com.br/es/2015/06/19/maria-duenas-la-templanza/>
9. García Sánchez E. In memoriam. Agustín Hidalgo Balsera. *Rev. Med. Cine.* 2022; 18 (4), 307-308
10. Cfr. <https://sobramfa.com.br/eng/articles/movies-in-medical-education/>
11. Cfr. <https://www.imdb.com/title/tt0090570/>
12. Morales J. “Newman (1801-1890)”. Rialp. Madrid. 2010.
13. Ker I: John Henry Newman. Una Biografía. Palabra. 2010
14. Thureau-Dangin P. “Newman Católico. A fidelidade na provação”. *Cultor de Livros*. São Paulo, 2014.
15. Blasco, P.G., De Benedetto, M.A.C. Escrever e publicar: um dever de consciência, um espaço para a reflexão necessária. *Archivos en Medicina Familiar.* , v.24, p.191 - 192, 2022. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2022/amf224a.pdf>
16. Needleman, J. (2014). *The way of the physician. Recovering the heart of medicine.* Napa, California.
17. Fearless Books.
18. Patel, S., Pelletier-Bul, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: a systematic review. *PlosOne*, 1-25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412> .
19. Chomsky, N., & Moro, A. (2022). *The secrets of words.* London, England: MIT Press.

*Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). México. **Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Medicina Mexicali. Baja California, México. ***Instituto Tecnológico de México, Campus Mexicali. Baja California, México.

***Correspondencia:**

Dra. María Elena Haro Acosta.

Correo electrónico:

eharo@uabc.edu.mx

Recibido: 25-08-2023

Aceptado: 08-10-2023

Responsabilidades éticas

Fue aprobado por comité local.

Financiación

No recibió financiamiento alguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Asociación de lumbalgia crónica con ansiedad en trabajadores de una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California. México

Associação de lombalgia crônica com ansiedade em trabalhadores de um Unidade de Medicina Familiar de Mexicali, Baixa Califórnia. México

Association of Chronic Low Back Pain with Anxiety in Workers of a Family Medicine Unit in Mexicali, Baja California. Mexico

Alva Daniela Villar Quintero,* Blanca Evelia García Ontiveros,* María Elena Haro Acosta,** Rafael Iván Ayala Figueroa.***

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación entre ansiedad y lumbalgia crónica en trabajadores. **Métodos:** Estudio descriptivo y transversal en 276 trabajadores de 35 a 50 años de edad con lumbalgia crónica de la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de Mexicali, Baja California, Instituto Mexicano del Seguro Social. Se aplicó el cuestionario de Ansiedad de *Hamilton* durante el año 2022. Muestreo probabilístico, el tamaño de la muestra se realizó con la fórmula de proporciones con una confiabilidad del 95% siendo la muestra necesaria de 270 pacientes con diagnóstico de lumbalgia crónica. **Resultados:** La frecuencia de ansiedad en trabajadores fue del 75.3%; el 58.3% presentaron ansiedad leve y el 17% ansiedad moderada a grave. Se asoció la lumbalgia crónica (dolor por radiculopatía y dolor inespecífico) con la ansiedad ($p=0,0001$) sin considerar dos casos de dolor por enfermedad sistémica. Predominó la obesidad en el 54.7 % y el cuadro de lumbalgia crónica menor a un año. **Conclusiones:** El grado de ansiedad se asocia con la lumbalgia crónica. La frecuencia de ansiedad en trabajadores con lumbalgia crónica fue alta. La obesidad pudiera ser una posible causa para la exacerbación del dolor en estos pacientes.

Palabras clave: Dolor de la región lumbar, salud ocupacional, ansiedad.

Resumo

Objetivo: Determinar a associação entre ansiedade e dor lombar crônica em trabalhadores. **Métodos:** Estudo descritivo e transversal em 276 trabalhadores entre 35 e 50 anos com dor lombar crônica da Unidade de Medicina

Familiar No. 16 de Mexicali, Baixa Califórnia, Instituto Mexicano de Seguridade Social. O questionário Hamilton Ansiedade foi aplicado durante o ano de 2022. Amostragem probabilística, o tamanho da amostra foi realizado com fórmula de proporções com confiabilidade de 95%, sendo a amostra necessária de 270 pacientes com diagnóstico de dor lombar crônica. **Resultados:** A frequência de ansiedade nos trabalhadores foi de 75,3%; 58,3% apresentavam ansiedade leve e 17% ansiedade moderada a grave. A dor lombar crônica (dor por radiculopatia e dor inespecífica) foi associada à ansiedade ($p=0,0001$) sem considerar dois casos de dor por doença sistêmica. A obesidade predominou em 54,7% e a dor lombar crônica há menos de um ano. **Conclusões:** O grau de ansiedade está associado à dor lombar crônica. A frequência de ansiedade em trabalhadores com dor lombar crônica foi elevada. A obesidade pode ser uma possível causa para a exacerbção da dor nesses pacientes.

Palavras-chave: Dor na região lombar, saúde ocupacional, ansiedade.

Abstract

Objective: To determine the association between anxiety and chronic low back pain in workers. **Methods:** Descriptive and cross-sectional study in 276 workers between 35 and 50 years of age with chronic low back pain from the Family Medicine Unit No. 16 of Mexicali, Baja California, Mexican Social Security Institute. The Hamilton Anxiety questionnaire was applied during the year 2022. Probabilistic sampling, the sample size was carried out with the formula of proportions with a reliability of 95%, the necessary sample being 270 patients with

a diagnosis of chronic low back pain. **Results:** The frequency of anxiety in workers was 75.3%; 58.3% had mild anxiety and 17% had moderate to severe anxiety. Chronic low back pain (pain due to radiculopathy and non-specific pain) was associated with anxiety ($p=0.0001$) without considering two cases of pain due to systemic disease. Obesity predominated in 54.7% and chronic low back pain for less than one year. **Conclusions:** The level of anxiety is associated with chronic low back pain. The frequency of anxiety in workers with chronic low back pain was high. Obesity could be a possible cause for the exacerbation of pain in these patients.

Keywords: Low back pain, occupational health, anxiety

Introducción

La lumbalgia crónica y los trastornos de la ansiedad son frecuentes en la actualidad; la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el dolor lumbar es la causa principal de vivir con discapacidad durante años en todo el mundo, ¹ esto genera un alto costo económico, debido a los gastos por incapacidad laboral, disminución de calidad de vida, gasto farmacológico, de rehabilitación, educación del paciente y posibles secuelas que pudiera generar. ² De acuerdo con el tiempo de evolución de la lumbalgia, se clasifica en aguda si es menor de 6 semanas, subaguda entre 6 y 12 semanas y crónica mayor de 12 semanas. ³ Existen algunos factores como la edad mayor de 50 años, antecedente de neoplasia, no mejoría con tratamiento habitual, dolor en reposo, traumatismo previo, osteoporosis, entre otros, influyen en la evolución de las condiciones de lumbalgia. ⁴

En México la lumbalgia aguda ocurre entre el 5 y el 20% de la población general. De este porcentaje, el 90% remite y el 10% restante se vuelve crónica. ² En México existen pocos estudios relacionados con el tema. La prevalencia de ansiedad en pacientes con dolor crónico es entre el 22 y el 78%, la relación entre dolor y ansiedad incluye aspectos somáticos, emocionales, cognitivos y conductuales. ⁵ Varios estudios alrededor del mundo, han observado que los trastornos emocionales como la ansiedad, depresión e ira se relacionan con la lumbalgia crónica, detectando así que el dolor crónico *per se*, podría ser una posible causa de la presentación de diferentes niveles de estos trastornos,

incluyendo otros factores que pueden influir como lo son: edad, sexo, comorbilidades, tratamiento farmacológico y tiempo de evolución. ⁵⁻⁷ El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación de lumbalgia crónica en trabajadores de 35 a 50 años con la ansiedad.

Métodos

Estudio descriptivo y transversal en trabajadores de 35 a 50 años con diagnóstico de lumbalgia crónica en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Mexicali Baja California, México en el período de enero a julio del 2022. Se incluyeron 276 trabajadores con diagnóstico de lumbalgia crónica mediante un muestreo probabilístico. El tamaño de la muestra se realizó con la fórmula de proporciones con una confiabilidad del 95% siendo la muestra necesaria de 270 pacientes, donde la UMF No. 16 contaba con una población de 1453 trabajadores de 35 a 50 años con diagnóstico de lumbalgia crónica en el 2020; la prevalencia de ansiedad en los pacientes con lumbalgia crónica reportada por Castromán et al, fue del 64%. ⁸

La investigación se realizó en concordancia con la Declaración de Helsinki, aceptación del Comité de Investigación del IMSS (registro R-2021-204-031) y aceptación de los participantes con previa firma de consentimiento informado. Las variables estudiadas fueron: *edad, escolaridad, ocupación, número de trabajos, antigüedad en el puesto, tiempo de evolución, tratamiento farmacológico y no farmacológico recibido, índice de masa corporal (IMC) y la aplicación del cuestionario de Ansiedad de Hamilton*, validado al español, con α de Cronbach de 0.79-0.86, que consta de 14 ítems que evalúan aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Los puntajes en el cuestionario de ansiedad oscilaron entre 0 y 56 puntos; los puntos de corte son: 0-5 (no ansiedad), 6-14 (ansiedad leve) y 15 o más (ansiedad moderada/grave). ^{9,10}

En caso de haber identificado ansiedad moderada o grave se envió al paciente con su médico tratante para su seguimiento. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, así como análisis descriptivo y χ^2 de Mantel y Haenzel mediante el programa estadístico SPSS versión 23.

Se localizaron a los pacientes vía telefónica o visita domiciliaria, a partir de una base de datos con la población total con diagnóstico de lumbalgia crónica, por medio de muestreo probabilístico sistemático, se tomó la muestra de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, iniciando con el primer paciente al azar, y posteriormente cada quinto elemento hasta tener la muestra de 276 pacientes. Posteriormente, a cada paciente, se le explicó detalladamente la finalidad del estudio y posteriormente se le invitó a participar en el estudio, al aceptar firmaron su autorización, después se aplicó el cuestionario y toma de datos generales, cuya duración fue máximo 5 minutos. En caso de que se resultara puntuación elevada, fueron derivados a consulta de medicina familiar, para iniciar protocolo de estudio y brindar un tratamiento adecuado. Toda la información recabada, se guardó la información en una hoja en Excel, y posteriormente fue analizado por el programa estadístico SPSS v23.

Resultados

En cuanto a las características generales de la población: el promedio de edad fue de 43 años; el 53.6 % fueron mujeres; el 54.71 % presentaron obesidad y el 60.5 % tuvo nivel escolar de secundaria. Por ocupación el 50 % fueron operadores de fábrica; el 97.5 % solo laboran en un solo lugar de trabajo y el resto en dos. El 63.41 % estuvieron representados en el rango de 1 a 5 años de antigüedad en el trabajo. **Tabla I.**

Tabla I. Características sociodemográficas de la población

Variable	Total	Porcentaje
Sexo		
Hombre	128	46.4
Mujer	148	53.6
IMC		
Normal	36	13.04
Sobrepeso	89	32.25
Obesidad	151	54.71
Escolaridad		
Primaria	10	3.63
Secundaria	167	60.5
Preparatoria	77	27.9

Variable	Total	Porcentaje
Licenciatura	22	7.77
Ocupación		
Operador de fábrica	138	50.0
Empleado	46	16.67
Otros	92	33.33
Antigüedad laboral		
< 1 año	85	30.79
1-5	175	63.41
6 o más	16	5.8

Fuente: Base de datos de la investigación.

De los 276 pacientes la frecuencia de ansiedad en trabajadores de 35 a 50 años con diagnóstico de lumbalgia crónica fue del 75.3 %. El 58.3 % presentó ansiedad leve y el 17 % ansiedad moderada a severa y el 24.7 % no la tuvo. Respecto a las características clínicas de los trabajadores, el tiempo de evolución de dolor el 44.6 % fue de menos de 1 año; el 44.6 % tuvieron tratamiento farmacológico con Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y esteroides. El 83 % no fueron enviados a servicios de apoyo. Hubo limitación funcional en el 93.5 % y el rango de días de incapacidad de 0 a 50 días fue del 85.9 %. **Tabla II.**

Tabla II. Características clínicas de la lumbalgia crónica

Variable	n=276	Porcentaje
Tiempo de evolución del dolor		
Menos de 1 año	123	44.6
1-2 años	64	23.2
3 años o más	89	32.2
Fármacos		
AINES	110	39.9
AINES y esteroides	123	44.6
Esteroides	5	1.8
AINES, esteroides y Antidepresivos	30	10.9
Ninguno	8	2.9
Servicio de apoyo		
Ninguno	229	82.97
Nutrición	30	10.87
Nutrición, Prevenimss, trabajo social	17	6.16

Variable	n=276	Porcentaje
Limitación funcional		
Si	258	93,5
No	18	6,5
Tiempo de incapacidad (días)		
0-50	237	85,9
51-100	15	5,4
101-150	5	1,4
151 y más	19	7,3

Fuente: Base de datos de la investigación.

Al clasificar el IMC y tipo ansiedad, predominaron en la ansiedad leve: 52 casos con sobrepeso vs 43 con obesidad grado I y en la ansiedad moderada y grave: 11 vs 16 casos respectivamente. **Tabla III.** Y de acuerdo del IMC con el tipo de lumbalgia, hubo 2 casos (uno con peso normal y uno sobrepeso) de lumbalgia asociada a enfermedad sistémica; 151 casos asociado a radiculopatía (40 con sobrepeso y 94 con obesidad) y lumbalgia inespecífica 123 casos (48 con sobrepeso y 57 con obesidad). **Tabla IV.** Se asoció la lumbalgia crónica (dolor por radiculopatía y el dolor inespecífico) con la ansiedad ($p=0,0001$); sin considerar los dos casos de dolor por enfermedad sistémica. **Tabla V.**

Tabla III. IMC y tipo de Ansiedad

IMC	Sin Ansiedad n	Ansiedad leve n	Ansiedad moderada/severa n
Normal	12	20	4
Sobrepeso	26	52	11
Obesidad I	18	43	16
Obesidad II	9	35	9
Obesidad III	3	11	7

Fuente: Base de datos de la investigación.

Tabla IV. IMC y tipo de lumbalgia

IMC	Asociado a enfermedad sistémica n	Asociado a radiculopatía n	Inespecífica n
Normal	1	17	18
Sobrepeso	1	40	48
Obesidad I	0	51	26
Obesidad II	0	30	23
Obesidad III	0	13	8

Fuente: Base de datos de la investigación.

Tabla V. Asociación de la lumbalgia crónica con la ansiedad

Lumbalgia crónica	Ansiedad Leve	Ansiedad moderada a grave	Sin ansiedad	Valor de p
Asociada a radiculopatía	91	39	21	0,0001
Inespecífica	70	6	47	

Fuente: Base de datos de investigación. *Chi cuadrado de Mantel-Haenzel* $p < 0.05$

Discusión

Se pudo demostrar asociación de la lumbalgia crónica con el grado de ansiedad; la frecuencia de ansiedad fue del 75.36 % vs el 64 % mencionado por Castromán⁸ aunque el utilizó una herramienta que incluye también a la depresión donde se presentó en el 28 %. En nuestro estudio, solo se incluyó una herramienta para detectar síntomas de ansiedad. La diferencia de estos niveles de ansiedad consiste en que la leve es asociada a actividades de la vida diaria, la persona se encuentra en situación de alerta y su campo de percepción aumenta, a diferencia de la ansiedad moderada en la cual la persona se centra más en preocupaciones inmediatas y en la grave hay una reducción significativa del campo perceptivo y la persona puede centrarse en detalles específicos, sin poder pensar nada más.¹¹

Predominó la obesidad en el 54.7 % y el cuadro de lumbalgia crónica menor a un año; en comparación con el estudio realizado en el IMSS en Yucatán, donde la obesidad fue del 12.6% y la duración de lumbalgia de 3 a 120 meses.³ Y también predominó algún grado de la obesidad en la ansiedad tanto leve como moderada a severa. Por lo que es importante enviar a estas personas al servicio de nutrición. El puesto de trabajo más frecuente fue de operadores de fábrica, a comparación de lo observado por Bazán et al.,¹² donde la ocupación eran policías y el 75.5 % presentaron dolor lumbar, aunque el predominio de la ocupación fue diferente, el porcentaje de la prevalencia de lumbalgia es similar a los resultados del presente estudio, lo que la ocupación podría ser un factor de riesgo para lumbalgia crónica y por ende la permanencia del estado ansioso.

El tiempo de días de incapacidad más frecuente fue menor de 50 días, similar a lo reportado por Covarrubias, 13 donde obtuvieron un promedio de incapacidad de 12 días en el 31 % de los trabajadores con lumbalgia aguda y crónica. El dolor asociado a radiculopatía fue el más frecuente y solo en 0.72 % se asoció a enfermedad sistémica, diferente a lo observado por Valero, ⁴ donde refiere que las personas con lumbalgia crónica tienen mayor frecuencia de padecer una enfermedad sistémica como la hipertensión, hipercolesterolemia, ansiedad, entre otras.

Finalmente, predominó el tratamiento farmacológico de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y/o esteroides que es el indicado para el control de dolor crónico. ¹⁴ El tratamiento de la lumbalgia crónica debe ser multidisciplinario (fisioterapia, psicología, entre otros) para el abordaje de la comorbilidad dolor-ansiedad. ¹⁵ Cabe enfatizar que al revisar los expedientes, la mayor parte de ellos cumplían con los puntos mencionados de las guías de práctica clínica; a los pacientes detectados con ansiedad moderada a severa se les envió a su consultorio asignado, con un documento donde se le mencionaba la detección de dichos problemas, para que su médico tratante, le otorgara un seguimiento adecuado.

Aunque, una de las posibles limitaciones del estudio fue la falta de envío a ciertos servicios complementarios, como es el área de psicología, no se consignó el dato de cuántos pacientes fueron enviado al la interconsulta de Ortopedia. Se requiere agilizar el envío a programas de apoyo a pacientes con obesidad, tales como *Trabajo Social, Nutrición y Prevenimss*. Esta investigación abre la puerta para llevar a cabo cursos de capacitación al personal médico de la unidad y a todo el equipo de salud de la UMF.

En conclusión: existe asociación del grado de ansiedad con la lumbalgia crónica. La frecuencia de la ansiedad fue alta con predominio del grado leve y mayormente en trabajadores con obesidad, por lo que es importante tratar el exceso de peso con la finalidad de disminuir el dolor y en consecuencia la ansiedad.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Atención del dolor lumbar: ¿los sistemas de salud son eficaces? Boletín de la OMS. [Internet]. 2019 [acceso 15/06/21]; 97(6):1-440. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/6/18-226050-ab/es/>
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prensa. No. 246/2018. En el IMSS, más de 300 mil consultas por lumbalgia. [Internet] 2017. [acceso 17/06/21]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201810/246>
3. García Delgado JA, Greta Valdés Lara, Martínez Torres JC, Pedroso Morales I. Epidemiología del dolor de espalda bajo. Invest Medico Quir [Internet] 2014 [acceso 15/06/21];6(1):112-25. Disponible en: <https://revci-meq.sld.cu/index.php/imq/article/view/275>
4. Valero de Bernabé Calle ME, Martínez Hernández D. Lumbalgia crónica en la población española. Factores asociados y calidad de vida según la Encuesta Nacional de Salud 2011. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. [Tesis Doctoral]. 2011. [acceso 20/09/21]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/41577/1/T38516.pdf>
5. Morales-Vígil T, Alfaro-Ramírez del Castillo O. I, Sánchez-Román S, Guevara-López U, Vázquez-Pineda F. Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. Rev Med Inst Seguro Soc. [Internet] 2008 [acceso 25/09/2021]; 46(5):479-84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745523004>
6. Barreda-Castillo EL, Santiago-Bazan C. Dolor lumbar y actividades domésticas en mujeres atendidas en un centro de rehabilitación de Lima. Health Care Glob Health. [Internet]. 2019 [acceso 12/08/2021];3(2):63-9. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/579/5792504003/5792504003.pdf>
7. Ramos Rangel Ya, Santana Morfa AR, Valladares González AM, López Angulo L, González Brito M. Relación entre estados emocionales y variables clínicas en pacientes con dolor crónico lumbar. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet] 2017 [acceso 19/03/2023];33(2):180-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200003&lng=es.
8. Castromán P. Ayala S, Schwartzmann A, Surbano M, Varaldi G. Evaluación de ansiedad y depresión en pacientes con lumbalgia crónica en la Unidad de Dolor en un hospital universitario. Rev Dolor [Internet] 2018 [acceso 20/09/2023];70:16-22. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1117891>
9. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México. Secretaría de Salud. [Internet] 2010 [acceso 22/008/2021] Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/IMSS-392-10.pdf>
10. Lobo A, Camorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E. Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc) [Internet] 2002. [acceso 20/09/2021];118(13): 493-99. Disponible en: <https://medes.com/publication/3566>

11. Villanueva Kuong L, Ugarte Concha A. Niveles de Ansiedad y calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. [Internet] 2017 [acceso 03/03/2023]. Disponible en: https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017_2/NIVELES%20DE%20ANSIEDAD.pdf
12. Bazan CS, Ventura A, Espinoza Y. Dolor lumbar relacionado con ansiedad y depresión en policías de una comisaría en Lima. *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 2021 [acceso 30/09/2023];21(1):75-81. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000100075&lng=es.
13. Covarrubias-Gómez A. Lumbalgia, un problema de salud pública. *Rev Mex Anestesiol*. [Internet] 2010 [acceso 13/01/2022];33: 106-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101y.pdf>
14. García AD, Martínez NI, Saturno Hernández PJ, López Soriano F. Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. *Anales Sis San Navarra* [Internet] 2015 [acceso 10/06/2021];38(1):117-30. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000100012
15. García Martínez M, García García IM, Cerón Pimpinela MT, Martínez Fuentes J, Moya-Faz FJ. Relación entre dolor lumbar y ansiedad y su implicación terapéutica. *Rev Fisioter (Guadalupe)* [Internet] 2010 [acceso 25/07/2021];9(2): 35-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3824135>.

*Médico residente de tercer año de la Unidad de Medicina Familiar UMF No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Cd. Obregón, Sonora. (México). ** Jefe de consulta de Medicina Familiar adscrito a la UMF No. 1, IMSS, Cd. Obregón, Sonora. *** Coordinadora Clínica de Educación e Investigación Unidad Médica Familiar No 1, IMSS, Ciudad Obregón, Sonora.

Correspondencia:

Dra. Ilse Yazmin Campas Mendoza **Correo electrónico:** Ilsecampas@hotmail.com
Recibido: 11-07-2023
Aceptado: 25-202023

Responsabilidades éticas

Fue aprobado por comité local.

Financiación

No recibió financiamiento alguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 en trabajadores de la salud a través del Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC)

Risco de diabetes mellitus tipo 2 em profissionais de saúde através da pontuação finlandesa de risco de diabetes (FINDRISC)

Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Healthcare Workers Through the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC)

Ilse Yazmin Campas Mendoza, * Maydel Pérez Dorticós, ** Casandra Barrios Olán. ***

Resumen

Objetivo: Determinar la probabilidad de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) a 10 años en trabajadores de la salud. **Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, transversal. Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar UMF No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Obregón, Sonora. (México). Fue aplicado el cuestionario FINDRISC en una muestra finita de 132 trabajadores, seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia. En el análisis de resultados se utilizó el programa SPSS versión 25 español. **Resultados:** Predominó, el sexo femenino (69.7%), el promedio de edad fue 37.6 años, la categoría laboral con mayor frecuencia fue la de asistente médico (25.8%). El índice de masa corporal más frecuente fue sobrepeso. Las variables del cuestionario con mayor repetición fueron: *sobrepeso, perímetro abdominal aumentado, inactividad física y antecedentes familiares de DMT2 en familiares de primer orden*. El riesgo que predominó fue el grupo de riesgo ligeramente elevado en 52 (39.4%) que se traduce en un riesgo del 4% de desarrollar DMT2 tipo 2 a 10 años. **Conclusiones:** Menos de la octava parte de los sujetos estudiados presentó puntaje de riesgo alto, sin embargo, casi la mitad de los trabajadores se encuentran en riesgo de moderado a muy alto de presentar diabetes a 10 años.

Palabras claves: Diabetes mellitus tipo 2, riesgo, trabajadores de la salud.

Resumo

Objetivo: Determinar a probabilidade de desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) ao longo de 10 anos em trabalhadores da saúde. **Métodos:** Estudo descritivo, prospectivo e transversal. Foi realizado na Unidade de Medicina Familiar No. 1 da UMF, Instituto Mexicano

de Seguridade Social em cidade Obregón, Sonora. (México). O questionário FINDRISC foi aplicado a uma amostra finita de 132 trabalhadores, selecionados por amostragem não probabilística de conveniência. Na análise dos resultados foi utilizado o programa espanhol SPSS versão 25. **Resultados:** Predominou o sexo feminino (69,7%), a média de idade foi de 37,6 anos, a categoria profissional mais frequente foi auxiliar médico (25,8%). O índice de massa corporal mais comum foi o excesso de peso. As variáveis do questionário com maior repetição foram: excesso de peso, circunferência abdominal aumentada, inatividade física e histórico familiar de DM2 em parentes de primeira ordem. O risco predominante foi o grupo de risco ligeiramente elevado em 52 (39,4%) o que se traduz num risco de 4% de desenvolver DM2 tipo 2 aos 10 anos. **Conclusões:** Menos de um oitavo dos sujeitos estudados apresentou escore de risco alto, porém, quase metade dos trabalhadores apresenta risco moderado a muito alto de desenvolver diabetes dentro de 10 anos.

Abstract

Objective: Determine the probability of developing type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) over 10 years in health workers. **Methods:** Descriptive, prospective, cross-sectional study. It was carried out at the UMF Family Medicine Unit No. 1, Mexican Social Security Institute in Obregón City, Sonora. (Mexico). The FINDRISC questionnaire was applied to a finite sample of 132 workers, selected by non-probabilistic convenience sampling. In the analysis of results, the Spanish SPSS version 25 program was used. **Results:** The female sex predominated (69.7%), the average age was 37.6 years, the most frequent job category was medical assistant (25.8%). The most common body mass index was overweight. The questionnaire variables with the greatest repetition were: overweight, increased

abdominal circumference, physical inactivity and family history of T2DM in first-degree relatives. The predominant risk was the slightly elevated risk group in 52 (39.4%) which translates into a 4% risk of developing type 2 T2DM at 10 years. **Conclusions:** Less than an eighth of the subjects studied presented a high risk score, however, almost half of the workers are at moderate to very high risk of developing diabetes within 10 years.

Keywords: Diabetes mellitus type 2, health care workers, Family Medicine.

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) es un problema de salud pública en todo el mundo, se estima una prevalencia de 12.3% por diagnóstico médico y 5.8% no diagnosticada en México,¹ 11.2% en el estado de Sonora.² Es una enfermedad que padecen alrededor de 8 millones 600 mil personas en México, (ENSANUT 2018), considerada la tercer causa de muerte a nivel nacional, cobró la vida de 140 mil 729 personas en el año 2022.³ La Federación Internacional de Diabetes (FID) ubicó a México en el 7°. lugar con más casos a nivel mundial con 14.1 millones en el año 2021; con tendencias para el 2045 de 21.2 millones de personas entre 20 a 79 años con este padecimiento crónico.^{4,5}

Numerosos estudios han demostrado que es posible reducir la incidencia de Diabetes Mellitus tipo 2 con programas basados en cambios en los estilos de vida. La puntuación de riesgo de diabetes finlandés *Finnish Diabetes Risk Score* (FINDRISC) es uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para evaluar el riesgo de diabetes tipo 2, consta de ocho variables asociadas con parámetros antropométricos y factores de estilo de vida. Al contrario de otras herramientas, el FINDRISC no necesita toma de muestras sanguíneas, sólo contestar a preguntas que pueden ser fácilmente identificadas por la mayoría de la población, por lo que resulta una prueba diagnóstica de bajo costo. El cuestionario FINDRISC evalúa la probabilidad de desarrollar DMT2 durante los siguientes 10 años, y ha sido usado como instrumento de cribado en estudios de intervención poblacional. Las calificaciones de riesgo de DMT2 deben ser calibradas y estandarizadas para que se pueda aplicar en diferentes poblaciones. En México,

el estudio de Mendiola-Pastrana y colaboradores, han validado la capacidad de la detección del FINDRISC para detectar casos de DMT2 y prediabetes. El punto de corte utilizado fue de 15 o más puntos, lo que difiere del original, probablemente debido a las diferencias entre las poblaciones.^{6,7}

Dado el panorama actual de la diabetes en México, es indispensable el desarrollo de estrategias a nivel nacional para afrontar este reto de salud pública. Según la GPC Prevención, diagnóstico, metas de control y referencia oportuna de la DMT2 en el primer nivel de atención 2018, recomienda realizar periódicamente tamizaje en adultos asintomáticos, cuestionarios de estimación de riesgo para el desarrollo de DMT2 como el FINDRISC, si el resultado fuera de riesgo moderado o mayor, proceder a realizar el proceso diagnóstico a través de los criterios establecidos, y si por el contrario, riesgo bajo, volver a aplicar el cuestionario cada tres años.⁸

Es de carácter imperativo el diseño de esta investigación en el personal de salud del primer nivel de atención, pues, siendo participes cumplen como referencia para conocer y utilizar una herramienta básica, sencilla y no invasiva, que funcione como un instrumento de cribaje en la población con factores de riesgo. Por otro lado, es importante conocer el estado de salud metabólico de los trabajadores de la salud a nivel institucional, que cuidan del bienestar común, a fines de mejorar su calidad de vida y por consiguiente contribuir al buen desempeño en su actividad laboral.

El objetivo de esta investigación fue determinar la probabilidad de desarrollar DMT2 a 10 años en los trabajadores de la salud de una Unidad de Medicina Familiar del noroeste del país, teniendo en cuenta hábitos, estilo de vida y la carga familiar, a través del cuestionario FINDRISC, sin embargo, el cuestionario nos permitió observar las características sociodemográficas de la muestra en estudio, identificando los principales factores de riesgo y grado de severidad.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, durante el periodo de marzo 2021- diciembre 2022, en la unidad de medicina

familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Obregón, Sonora, México. Una vez aprobado por el Comité de Ética para la Investigación en Salud y Comité Local de Investigación en Salud con número de registro R-2021-2603-103, se procedió a la recolección de la muestra, a través de muestreo no probabilístico por conveniencia, el cálculo de la muestra se realizó a través de la fórmula para población finita, estudiándose 132 trabajadores de la salud de todos los turnos, que cumplieron con los criterios de inclusión como ser trabajadores activos y consensuaran participar mediante la firma del consentimiento informado, se excluyó a aquellos diagnosticados con diabetes tipo 1 o 2, tratamientos con esteroides y mujeres embarazadas o en puerperio menor a 12 semanas; se seleccionó a trabajadores con disponibilidad de tiempo, en sus áreas de trabajo dentro de las instalaciones de la unidad de medicina familiar, se procedió a la toma de la somatometría a través de la medición de circunferencia abdominal con cinta métrica ahulada "PREVENIMSS" de 150 cm, y determinación del índice de masa corporal mediante la obtención de peso en kilogramos con una báscula digital corporal de la marca OMRON, así como talla en centímetros, obtenida por estadímetro institucional, en medida de lo posible se solicitó a los participantes el mínimo de ropa y retiro de calzado para resultados lo más apegados a lo veraz, procediendo a la correcta aplicación del cuestionario FINDRISC y llenado de la ficha de identificación.

Las variables interrogadas a los participantes incluidas en el cuestionario FINDRISC fueron la edad, índice de masa corporal (IMC), perímetro de la cintura en centímetros, hábitos de actividad física, hábitos de consumo de verduras y frutas, indicación de medicamentos para el control de la hipertensión arterial (HAS), antecedentes de glucemia elevada y antecedentes familiares de diabetes; siendo uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para evaluar el riesgo de DMT2, se considera un instrumento confiable al contar con alfa de Cronbach de 0.84; además del cuestionario se incluyeron variables sociodemográficas como sexo, lugar de origen, turno y categoría laboral.

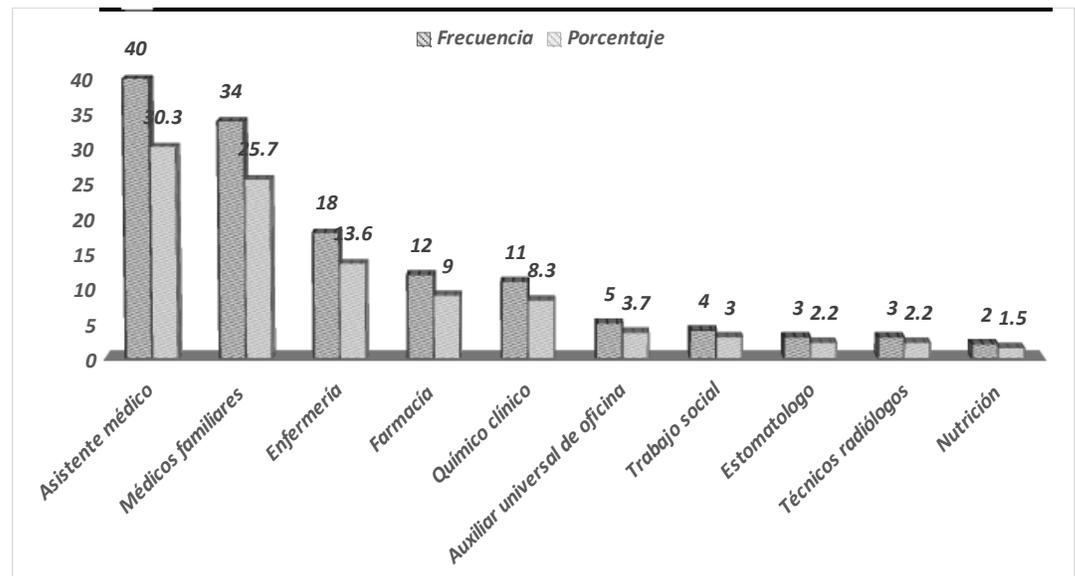
Habiendo identificado los cuestionarios que cumplieran las correctas especificaciones, se realizó el cálculo del riesgo y la categorización de los puntajes de acuerdo con la siguiente puntuación: puntuación total <7 riesgo bajo; 7-11 riesgo ligeramente elevado; 12-14 riesgo moderado; 15-20 riesgo alto; >20 riesgo muy alto. Correspondiendo a una probabilidad de desarrollar diabetes en los próximos 10 años del 1%, 4%, 17%, 33% y 50% respectivamente.

El resultado de los cuestionarios se comunicó al momento a cada trabajador participante. Los trabajadores de la salud detectados en riesgo moderado, alto y muy alto fueron canalizados a su consultorio de adscripción de medicina familiar para realización de pruebas diagnósticas de DMT2, así como recomendaciones para cambios en el estilo de vida. Para el análisis estadístico se utilizó el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 25 en español.

Resultados

Se estudiaron 132 trabajadores de la salud que no se conocían portadores de Diabetes Mellitus. En la distribución por sexo predominó el sexo mujer 92 (69.7%). La media de edad fue de 37.61 años (± 8.93). Se observó que 40 (30.3%) de los trabajadores, pertenecían a la categoría de asistente médico, 34 (25.8%) a médicos familiares, 18 (13.6%) a enfermería, 12 (9.1%) a personal de farmacia, 11 (8.3%) a químicos biólogos clínicos, 5 (3.8%) auxiliar universal de oficina, 4 (3.0%) a trabajadores sociales, 3 (2.3%) a odontología, 3 (2.3%) técnicos radiólogos, 2 (1.5%) nutrición. Respecto al turno laboral, 77 (58.3%) pertenecían al turno matutino, 53 (40.2%) del turno vespertino y 2 (1.5%) a jornada acumulada. Gráfica 1 En el área de somatometría, el promedio del peso de los trabajadores participantes fue 80.49kg (± 17.75); la talla fue de 1.66m (± 0.73); el perímetro abdominal fue de 95.39cm (± 13.56), y el índice de masa corporal fue de 29.06 considerada como sobrepeso (± 5.55). Tabla 1

Gráfica 1. Distribución de los participantes por categorías laborales.



Fuente de datos SPSS

Tabla 1. Distribución de los participantes de acuerdo con las variables somatométricas.

Somatometría		
Variable	Media	±
Peso	80.49	17.75
Talla	1.66	0.07
Perímetro abdominal total	95.39	13.56
IMC	29.06	5.55

± (desviación estándar), IMC (índice de masa corporal),
Fuentes de datos SPSS

Respecto a las variables que evalúa el test FINDRISC, 103 (78%) de los estudiados pertenecieron al grupo de edad de menos de 45 años, seguido del grupo de 45 a 54 años con 21 (15.9%) y por último el grupo de 55 a 64 años con 8 (6.1%). El grupo de índice de masa corporal que mayor frecuencia se presentó fue el de entre 25-30 kg/m² con 54 (40.9%). El grupo de perímetro abdominal en hombres que mayor frecuencia se presentó fue el de más de 102 cm. con 20 (15.2%), y el de mujeres fue el de más de 88 cm, con 48 (36.4%). De los trabajadores participantes 83 (62.9%) refirieron no realizar actividad física diaria; respecto al consumo de frutas, verduras y hortalizas, 89 (67.4%) comentaron consumirlas diariamente; respecto a la indicación de antihipertensivos en el transcurso de su vida, 115 (87.1%) refirió no haber recibido indicación de consumo; respecto a la detección de niveles elevados de glucosa en sangre, 116 (87.9%) negaron cifras aleatorias de glucosa

elevada en su vida; al interrogar sobre el tema de antecedentes hereditarios de DMT2, el grupo con mayor frecuencia de presentación fue el de padres, hermanos e hijos con 61 (46.2%). Tabla II

El riesgo que con mayor frecuencia se observó, fue el grupo de riesgo ligeramente elevado en 52 (39.4%) de los estudiados, que se traduce que tiene un riesgo del 4% de desarrollar DMT2 a 10 años, seguido del nivel de riesgo moderadamente elevado en 34 (25.8%), posterior el nivel bajo de riesgo en 22 (16.7%), continuando con el nivel alto de riesgo en 20 (15.2%), por último, y en menor frecuencia, el nivel de riesgo muy alto en 4 (3.0%) de los trabajadores. Tabla III

Discusión

En nuestro estudio, al distribuir la muestra total según el sexo, se observó que 69.7% correspondía a mujeres, predominando los adultos jóvenes menores de 45 años de edad en el 78% de los estudiados, coincidiendo con la publicación realizada por Talavera Rojas et al.⁹ en el sureste de México en el 2018, en un estudio prospectivo, observacional, descriptivo, donde en sus resultados predominó el sexo mujer en el 79% de los participantes; algo similar ocurrió en el artículo de García-Bello L. et al.¹⁰ realizado en el año 2016 en Paraguay, donde la muestra fue mayoritariamente del sexo mujer con 77%, además, en ambos estudios reportaron que su población se

Tabla II. Distribución de frecuencias de las variables del Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC).

Variable		Frecuencia	Porcentaje (%)	
Grupo de edad	Menores de 45 años	103	78	
	Entre 45-54 años	21	15.9	
	Entre 55-64 años	8	6.1	
	Más de 64 años	0	0	
Grupo de índice de masa corporal (Kg/m ²)	Menos de 25 Kg/m ²	30	22.7	
	Entre de 25-30 Kg/m ²	54	40.9	
	Superior a 30 Kg/m ²	48	36.4	
Grupo de perímetro abdominal	Hombre	Menos de 94 cm	7	5.3
		Entre 94-102 cm	13	9.8
		Más de 102 cm	20	15.2
	Mujer	Menos de 80 cm	19	14.4
		Entre 80-88 cm	25	18.9
		Más de 88 cm	48	36.4
¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física diaria?	Si	49	37.1	
	No	83	62.9	
¿Con que frecuencia come frutas, verduras y hortalizas?	A diario	89	67.4	
	No a diario	43	32.6	
¿Le han recetado alguna vez medicamentos para hipertensión arterial?	Si	17	12.9	
	No	115	87.1	
¿Le han detectado alguna vez niveles altos de glucosa en sangre?	Si	16	12.1	
	No	116	87.9	
¿Se le ha diagnosticado diabetes mellitus tipo 2 a alguno de sus familiares?	No	31	23.5	
	Si: abuelos, tíos, primos hermanos	40	30.3	
	Si: padres, hermanos o hijos	61	46.2	

Abreviaturas: Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC), Índice de masa corporal (IMC), Kilogramo/metro cuadrado (Kg/m²).

Fuente de datos SPSS

compuso por adultos jóvenes, posiblemente por el tipo de muestreo realizado a conveniencia.

La obesidad predominó en el estudio de la población del sureste de México en el 41% de los estudiados, coincidiendo con la población de estudio de Paraguay con el mismo porcentaje, difiriendo de nuestro estudio, donde predominó el sobrepeso en el 40.9% de los participantes, acorde esta cifra, con el realizado en Ecuador, donde predominó el sobrepeso en el 50% de los estudiados; pudiendo dar explicación, a razón de los hábitos y estilos de vida de los repasados, pues en los tres estudios comparativos, sólo realizaban actividad física el 36.1% de los del sureste de México; el 30.4% en Paraguay con

Tabla III. Distribución de frecuencias del riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en la población de estudio.

Nivel de riesgo	Frecuencias del nivel de riesgo	Frecuencia	%
Nivel de riesgo bajo (<7 puntos)	1	22	16.7
Nivel de riesgo ligeramente elevado (7-11 puntos)	4	52	39.4
Nivel de riesgo moderadamente elevado (12-14 puntos)	17	34	25.8
Nivel de riesgo alto (15-20 puntos)	33	20	15.2
Nivel de riesgo muy alto (>20 puntos)	50	4	3.0

Abreviaturas: Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), porcentaje (%).

Fuente de datos SPSS

consumo de frutas y verduras diariamente en la mitad de sus participantes; y en el estudio de Ecuador, el 46.7% y 47.8%, respectivamente, realizaban actividad física y consumo de frutas y verduras diariamente. De nuestra población de estudio, sólo el 37.1% realizaba actividad física diaria y el 67.4% afirmó el consumo diario de frutas y verduras.⁹⁻¹¹

En el estudio realizado en Paraguay el 6% presentaron hiperglucemia, sin embargo, en los reportes del sureste de México, la cifra se duplicó, con 13.8%, siguiendo la tendencia en nuestro estudio, donde al noroeste de México, se observó que el 12.1% refirió haber cursado con cifras de glucosas elevadas.^{9,10} Respecto a las cifras tensionales, en Paraguay, el 16% consumían regularmente medicamentos para la hipertensión arterial⁵, siendo menor en nuestra población con 12.9%; el 43% tenían antecedentes familiares de primer o segundo orden con DMT2 siendo esta cifra más elevada en nuestros resultados con el 76.5%, posiblemente explicado por la predisposición genética de la población mexicana.

En cuanto al riesgo estimado según el test FINDRISC, en nuestro estudio predominó el riesgo ligeramente elevado en 52 estudiados (39.4%), con una media global de 10.6 ± 4.4 , en

concordancia con el estudio realizado por Talavera Rojas et al.⁹ donde el riesgo predominante fue el de ligeramente elevado en 35 (32.2%) de los profesionales de la salud difiriendo del estudio elaborado por García-Bello L.¹⁰ donde se obtuvo un riesgo alto con una media global de 14.4 ± 4.4 en el 47% de los estudiados y difiriendo, de la misma manera, del de Ortega Castillo et al.¹¹ donde predominó el riesgo bajo en el 35.6% de los estudiados.

En el estudio realizado por Vidoni G. et al.¹² evidenciaron que los factores de riesgo como la obesidad y el perímetro abdominal aumentado, han sido los principales indicadores antropométricos asociados al riesgo elevado de padecer diabetes⁷ coincidiendo como los principales factores riesgo observados en nuestra población, donde el sobrepeso, el perímetro abdominal aumentado, la falta de actividad física diaria y los antecedentes familiares de DM2 en familiares de primer y segundo orden, fueron los factores de riesgo modificables y no modificables que mayormente se presentaron¹².

Conclusiones

Menos de la octava parte de los sujetos estudiados presentó puntaje de riesgo alto, sin embargo, casi la mitad de los trabajadores se encuentran en riesgo de moderado a muy alto de presentar diabetes tipo 2 a 10 años.

Los resultados y alcances del presente estudio nos comprometen a dar orientación y seguimiento de los participantes con riesgo moderado y alto, por ello, se propondrá a las autoridades correspondientes, la formulación de estrategias de empoderamiento a los partícipes, en la mejora de hábitos alimenticios y de actividad física, a través de ponencias de orientación nutricional y difusión de las instalaciones disponibles de recreación deportiva de forma gratuita para los trabajadores, Asimismo, se propondrá a las autoridades educativas, continuación y seguimiento en posteriores protocolos de estudio de posgrado de nuestra especialidad.

Referencias

1. Basto-Abreu A, López-Olmedo N, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Moreno-Banda GL, Carnalla M, et al. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2023 [citado el 13 de Octubre del 2023];65:s163-8. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut-continua2022/doctos/analiticos/21-Diabetes-ENSA-NUT2022-14832-72458-2-10-20230619.pdf>
2. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018; trabajo conjunto de INSP e INEGI [Internet]. Insp.mx. [citado el 13 de Octubre del 2023]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). Características de las defunciones registradas en México durante 2021, COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 600/22 26 DE OCTUBRE DE 2022 PÁGINA 1/92 [Internet]. Org.mx. [citado 18 de octubre del 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021_10.pdf
4. Procuraduría Federal del Consumidor. 14 de noviembre. Día mundial de la diabetes [Internet]. gob.mx. [citado 18 de Octubre del 2023 5]. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/14-de-noviembre-dia-mundial-de-la-diabetes-319474?state=published>
5. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID, 10ª edición. Bruselas, Bélgica: Federación Internacional de Diabetes. [Internet]. 2021. [Citado 29 de junio 2023]. Disponible en: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
6. González PAA, Ponce RER, Toro BF, et al. Cuestionario FINDRISC FINnish Diabetes Risk Score para la detección de diabetes no diagnosticada y prediabetes. *Arch Med Fam*. [Internet]. 2018 [Citado el 10 junio del 2021]; 20(1):5-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76223>
7. Mendiola IR, Urbina II, Muñoz AE, Juanico G, López G. Evaluación del desempeño del Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) como prueba de tamizaje para diabetes mellitus tipo 2. *Aten Fam*. [Internet]. 2018 [Citado el 10 junio del 2021];25(1):22-26. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af181f.pdf>
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención [Internet]. México: IMSS; 2018, [Consultado el 29 de junio 2021]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
9. Talavera-Rojas A. Riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en el personal de la unidad de medicina familiar no 77 del IMSS en 2018 [Tesis posgrado]. México: Universidad Autónoma de México; 2018: 1-58.

10. García L, Torales J, Giménez MB, Flores LE, Gómez de Ruiz N, Centurión OA. El riesgo de los que cuidan el riesgo: FINDRISK en personal de blanco. *Rev Virtual Soc Parag Med Int.* [internet]. 2016 [Consultado el 29 de mayo del 2021]; 3(2) [71-76]. Disponible en: Doi:10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03(02)71-076 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5678124>
11. Ortega H, Tenelema M, Guadalupe N, Villacrés J. Riesgo de Diabetes mellitus tipo 2 en el personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Guarranda-Ecuador. *REE.* [Internet]. 2019 [Consultado el 02 de abril del 2022]; 13(2) [2661-6742]. Disponible en: <https://doi.org/10.37135/ee.004.07.05> .
12. Vidoni G, Gai M. Prevalencia de estados pre-diabéticos en profesionales de la salud de Mendoza, Argentina. *Hig. Sanid. Ambient.* [Internet]. 2019 [Consultado el 29 de mayo del 2021]; 19(1) [1707-1711]. Disponible en: [https://saludpublica.ugr.es/sites/dpto/spublica/public/inline-files/bc5c7f94891b003_Hig.Sanid_.Ambient.19.\(1\).1707-1711.\(2019\).pdf](https://saludpublica.ugr.es/sites/dpto/spublica/public/inline-files/bc5c7f94891b003_Hig.Sanid_.Ambient.19.(1).1707-1711.(2019).pdf)

*Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 16, Mexicali Baja California. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). ** Docente en Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de Medicina Mexicali. *** Docente en el Instituto Tecnológico Nacional de México (TecNM), Campus Mexicali. Baja California.

Correspondencia:

Dra. María Elena Haro Acosta.

Correo electrónico:

eharo@uabc.edu.mx

Recibido: 05-09-2023

Aceptado: 20-10-2023

Responsabilidades éticas

Fue aprobado por comité local.

Financiación

No recibió financiamiento alguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Frecuencia de síntomas relacionados con depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores que presentaron enfermedad por COVID-19 en una Unidad de Medicina Familiar de Mexicali, Baja California. México

Frequência de sintomas relacionados à depressão, ansiedade e estresse em idosos que apresentaram doença por COVID-19 em uma Unidade de Medicina Familiar em Mexicali, Baixa Califórnia. México

Frequency of Symptoms Related to Depression, Anxiety and Stress in Older Adults who Presented with COVID-19 Illness in a Family Medicine Unit in Mexicali, Baja California. Mexico

José Roberto Estrada Gómez,* Guadalupe Ortega Vélez,* María Elena Haro Acosta,** Rafael Iván Ayala Figueroa.***

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia de síntomas relacionados con depresión, ansiedad y estrés en los adultos mayores que presentaron enfermedad por COVID-19. **Método:** Estudio transversal en adultos mayores que hubieran presentado enfermedad por COVID-19 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No16 de la ciudad de Mexicali, Baja California del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se incluyeron a 60 pacientes mediante un muestreo no probabilístico por cuotas en el período de enero a marzo del 2022. Fue aplicada la escala DASS-21 para evaluar los estados de depresión, ansiedad y estrés. **Resultados:** Predominó el sexo femenino con el 55%, el promedio de edad entre 60 a 65 años. La frecuencia de depresión fue de 5.71%, ansiedad 10% y estrés 9.76%. **Conclusiones:** Predominaron niveles bajos según el test DASS-21. Los problemas emocionales son frecuentes en los adultos mayores que padecen COVID-19 por lo que se deben detectar tempranamente.

Palabras clave: Adulto mayor, ansiedad, estrés, depresión, COVID-19

Resumo

Objetivo: Determinar a frequência de sintomas relacionados à depressão, ansiedade e estresse em idosos que apresentaram doença por COVID-19. **Método:** Estudo transversal em idosos que apresentaram doença por COVID-19 lotados na Unidade de Medicina de Família nº 16 da cidade de Mexicali, Baixa Califórnia, do

Instituto Mexicano de Seguridade Social. Foram incluídos 60 pacientes por meio de amostragem não probabilística por cotas no período de janeiro a março de 2022. Foi aplicada a escala DASS-21 para avaliar estados de depressão, ansiedade e estresse. **Resultados:** Predominou o sexo feminino com 55%, a idade média entre 60 a 65 anos. A frequência de depressão foi 5,71%, ansiedade 10% e estresse 9,76%. **Conclusões:** Predominaram níveis baixos de acordo com o teste DASS-21. Problemas emocionais são comuns em idosos que sofrem de COVID-19, por isso devem ser detectados precocemente.

Abstract

Objective: Determine the frequency of symptoms related to depression, anxiety and stress in older adults who had COVID-19 disease. **Method:** Cross-sectional study in older adults who had COVID-19 disease and assigned to the Family Medicine Unit No.16 of the city of Mexicali, Baja California of the Mexican Social Security Institute. 60 patients were included through non-probabilistic quota sampling in the period from January to March 2022. The DASS-21 scale was applied to evaluate states of depression, anxiety and stress. **Results:** The female sex predominated with 55%, the average age between 60 to 65 years. The frequency of depression was 5.71%, anxiety 10% and stress 9.76%. **Conclusions:** Low levels according to the DASS-21 test predominated. Emotional problems are frequent in older adults who suffer from COVID-19, so they should be detected early.

Keywords: Older adults, anxiety, stress, depression, COVID-19

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, desde marzo del 2020, menciona como pandemia a la enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2.¹ En México, la Dirección General de Epidemiología en noviembre del 2022 reportó 7 118 933 casos confirmados acumulados; 4 626 casos activos y una mortalidad de 330 444 casos.² Se considera adulto mayor a la persona con edad de 60 años en adelante; durante esta etapa, se presentan cambios propios del envejecimiento a nivel multisistémico, los cuales ocasionan: *padecimientos respiratorios, cardiopatías, demencia y trastornos de ansiedad, estrés y depresión*, entre otras; por lo que, el adulto mayor, representa una población de alto impacto para los servicios de atención médica.³⁻⁶

El envejecimiento se relaciona con un pronóstico negativo en la afección fisiopatológica producida por el SARS-CoV-2, encontrándose un impacto psicológico de moderado a severo relacionado con estrés, problemas para conciliar el sueño, depresión, ansiedad y psicopatización en el adulto mayor.^{1,5} Ozamiz-Extebarria et al.⁷ en España determinaron la presencia de niveles de depresión, ansiedad y estrés en los adultos mayores, predominando los dos últimos con el 2.6% y 3.9% respectivamente. La edad es un factor de alto impacto para la presencia de síntomas depresivos y de soledad, principalmente en los adultos mayores en relación con procesos de confinamiento; como el que se presentó durante la pandemia de COVID-19.⁸

En México en el año 2020, en una base de datos de evaluaciones geriátricas y entrevistas de 3218 adultos mayores, se evaluaron las variables *depresión, condiciones nutricionales y estado de dependencia funcional*, donde la depresión se presentó en un 26.5% siendo de grado moderada y severa.⁹ Detectar las posibles alteraciones emocionales en el adulto mayor representa un reto para el médico familiar. Las características fisiológicas de este grupo de edad, y la escasa investigación con respecto a la salud mental en esta población,¹⁰ obstaculizan realizar un abordaje oportuno, lo cual conlleva a que estos padecimientos no tengan un manejo adecuado y presenten complicaciones. El objetivo de este estudio fue detectar la frecuencia de síntomas

relacionados con depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores con antecedente de enfermedad por COVID-19 en una unidad **médica** de medicina familiar.

Métodos

Se realizó un estudio transversal en adultos mayores de 60 años con antecedente de enfermedad por COVID-19 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 16 (UMF 16) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la ciudad de Mexicali, Baja California. Se incluyeron a 60 pacientes mediante un muestreo no probabilístico por cuotas en el período de enero a marzo del 2022. En la UMF 16 se contó con una población de adultos mayores que enfermaron por COVID-19 de 280 casos en dicho periodo. Debido a que se ignoraba en ese momento la prevalencia de depresión asociada al COVID-19 en la población de adultos mayores en esta unidad, se decidió realizar una muestra piloto donde se incluyeron a 50 pacientes, donde resultó que el 21.4% presentó depresión, resultando la muestra de 60 pacientes por lo que se adicionaron diez pacientes más en el periodo de tres meses.

Las variables estudiadas fueron: *edad, sexo y para detectar la presencia de síntomas relacionados con depresión, ansiedad y estrés* se aplicó la encuesta DASS-21 validada Ozamiz-Extebarria et al,⁷ la cual consiste en 21 ítems que evalúan tres padecimientos de manera simultánea, para estrés se utilizan los ítems (1, 6, 8, 11, 12, 14); depresión (3, 5, 10, 12, 13,16 y 17) y ansiedad (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20); todas las preguntas se entrelazan para evaluar aspectos en base a un sistema de tipo Likert, el paciente relaciona sus respuestas con momentos personales cotidianos de: *tristeza, incertidumbre, perdida de interés, reactividad, ausencia de positividad* y la frecuencia con que los percibe. Se utilizan preguntas de fácil comprensión. La prueba tiene un coeficiente de confiabilidad para ansiedad es α 0,82, depresión α 0,76 y para estrés α 0,75. El análisis de los datos se realizó utilizando estadística descriptiva mediante el programa estadístico SPSS versión 23. El estudio se llevó a cabo de acuerdo a las recomendaciones de la Declaración de Helsinki de 1964, con autorización del Comité de Investigación del IMSS (Registro R-2021-204-056) y el consentimiento informado de los participantes.

Resultados

Se incluyeron 60 adultos mayores, el 55% fueron del sexo femenino y 45% del masculino. El grupo de edad de 60-65 años fue del 43.33%. **Tabla I** La frecuencia de síntomas relacionados con depresión fue de 5.71%, para ansiedad el 10% y para estrés el 9.76% por medio de la escala DASS-21, expresada como paciente que refieren la presencia de estos síntomas “casi siempre”. De manera individual de acuerdo con la escala DASS-21, los síntomas relacionados con depresión se observó una frecuencia baja. Al desglosar los relacionados con ansiedad y estrés la mayoría tuvo ausencia de síntomas. **Tabla II.**

Tabla I. Características generales de la población

Variable	n (%)
Sexo	
Masculino	27 (45)
Femenino	33 (55)
Grupos de edad	
60 a 65	26 (43.3)
66 a 70	17 (28.3)
71 a 75	9 (15.0)
76 a 80	6 (10.0)
81 y más	2 (3.4)

Fuente: Elaboración propia. Medición obtenida por escala DASS-21. n=60

De acuerdo al grado severidad, el 25% fue moderada para depresión, 20% para ansiedad y 26.7% para estrés. Los síntomas relacionados con estrés mostraron un grado severo en el 3.3% y ansiedad una severidad extrema en un 15%. **Tabla III.** Al clasificar la severidad por grupos de edad, el mayor porcentaje fue en el grupo de 60 a los 65 años; y la presencia de severidad extrema en el grupo de 81 años y más con el 50%. **Tabla IV.**

Tabla III. Frecuencia de severidad de depresión, ansiedad y estrés

Grado de Severidad	n (%)
Depresión	
Ninguna	39 (65)
Leve	6 (10)
Moderada	15 (25)
Severa	0 (0)
Extremadamente severa	0 (0)
Ansiedad	
Ninguna	19 (31.7)
Leve	10 (16.7)
Moderada	12 (20)
Severa	10 (16.7)
Extremadamente severa	9 (15)
Estrés	
Ninguna	40 (66.7)
Leve	2 (3.3)
Moderada	16 (26.7)
Severa	2 (3.3)
Extremadamente severa	0 (0)

Fuente: Elaboración propia. Medición obtenida por escala DASS-21 n=60

Discusión

La frecuencia de síntomas relacionados con depresión, ansiedad y estrés en el adulto mayor mediante la escala DASS-21 fue baja, siendo del 5.71%, 10% y 9.76% para depresión, ansiedad y estrés respectivamente, estas cifras son mayores a lo reportado por Ozamiz-Extebarria et al.⁷ donde observaron el 3.9% para depresión y estrés y 2.6% para ansiedad en 78 adultos. Predominó el sexo femenino, similar a lo reportado por Carrillo-Valdez et al.¹¹ De los síntomas relacionados con depresión encontrados durante la aplicación de la encuesta DASS-21 la frecuencia fue del 5.71% vs el 26.5% observado por Guzmán-Olea et al.⁹ durante el año 2020 en una población de 3 218 adultos mayores. Esto representa un impacto que afecta el funcionamiento social y ocupacional del paciente adulto mayor; la depresión se sitúa a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes.³

Tabla II. Frecuencia de síntomas relacionados con depresión, ansiedad y estrés

Síntoma	Nunca n (%)	A Veces n (%)	A menudo n (%)	Casi siempre n (%)
Relacionados con depresión	64.05%	19.29%	10.95%	5.71%
no podía sentir ningún sentimiento positivo	28 (46.6)	17 (28.3)	12 (20.1)	3 (5)
se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas	28 (46.6)	13 (21.6)	14 (23.5)	5 (8.3)
sentir que no tenía nada por vivir	48 (80)	10 (16.6)	2 (3.4)	0 (0)
me sentí triste y deprimido	34 (56.6)	9 (15)	9 (15)	8 (13.4)
no me pude entusiasmar por nada	35 (58.3)	18 (30)	5 (8.3)	2 (3.4)
sentí que valía muy poco como persona	45 (75)	10 (16.6)	1 (1.8)	4 (6.6)
sentí que la vida no tenía ningún sentido	51 (85)	4 (6.6)	3 (5)	2 (3.4)
Relacionados con ansiedad	53.33%	18.57%	18.10%	10.00%
me dí cuenta que tenía la boca seca	23 (38)	14 (23.5)	14 (23.5)	9 (15)
se me hizo difícil respirar	25 (41.8)	12 (20)	13 (21.6)	10 (16.6)
sentí que mis manos temblaban	40 (66.8)	11 (18.3)	4 (6.6)	5 (8.3)
estaba preocupado por sentir pánico	29 (38.2)	12 (20)	14 (23.5)	5 (8.3)
sentí que estaba a punto de pánico	37 (61.8)	13 (21.6)	3 (5)	7 (11.6)
sentí mis latidos a pesar de estar inactivo	33 (55)	8 (13.3)	17 (28.3)	2 (3.4)
tuve miedo sin razón	37 (61.8)	8 (13.3)	11 (18.3)	4 (6.6)
Relacionados con estrés	45.95%	27.62%	16.67%	9.76%
me costó mucho relajarme	23 (38)	17 (28.3)	16 (26.6)	4 (6.6)
reaccione exageradamente en ciertas situaciones	31 (51.6)	16 (26.6)	7 (11.6)	6 (10.2)
sentí que tenía muchos nervios	27 (44.9)	12 (20)	14 (23.5)	7 (11.6)
note que me agitaba	18 (30)	20 (33.3)	12 (20)	10 (16.6)
se me hizo difícil relajarme	34 (56.6)	17 (28.3)	5 (8.3)	4 (6.6)
no toleré nada que no me permita continuar con lo que estaba haciendo	30 (50)	18 (30)	8 (13.4)	4 (6.6)
sentí que estaba muy irritable	30 (50)	16 (26.5)	8 (13.4)	6 (10.2)

Fuente: Elaboración propia. Medición obtenida por escala DASS-21 n=60

En los grupos de edad de 60 a 65 años la severidad de síntomas relacionados con depresión se encontró nula en un 57.7% de los pacientes encuestados, en cambio Sanchez-Rioz¹² en el 2020; Failoc y Del Pielago¹³ en su estudio realizado en Perú reportaron una frecuencia de depresión del 30.8% en 302 adultos mayores con algún trastorno crónico degenerativo, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus

asociadas a contagio por COVID-19. Los síntomas relacionados con la ansiedad fueron los más frecuentes con el 10% de los casos, en comparación con el estudio de Caycho-Rodríguez et al.¹⁴ en 274 adultos mayores durante la pandemia de COVID-19 a quienes se aplicó la encuesta de *Coronavirus Anxiety Scale*, el 13.5% presentó coronafobia la cual consiste en la aparición de una ansiedad excesiva a contraer la COVID-19,

Tabla IV. Grados de severidad por grupos de edad

Severidad	Grupo 60-65años n= 26	Grupo 66-70años n= 17	Grupo 71-75 años n= 9	Grupo 76-80 años n= 6	Grupo >80 años n = 2
Depresion					
Nula	16	10	8	4	1
Leve	2	3	0	1	0
Moderada	8	4	1	1	1
Severa	0	0	0	0	0
Extremadamente Severa	0	0	0	0	0
Ansiedad					
Nula	7	4	5	2	1
Leve	2	3	3	2	0
Moderada	7	4	0	1	0
Severa	6	2	1	1	0
Extremadamente Severa	4	4	0	0	1
Estrés					
Nula	16	10	8	5	1
Leve	0	1	0	1	0
Moderada	10	4	1	0	1
Severa	0	2	0	0	0
Extremadamente Severa	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia. Medición obtenida por escala DASS-21

lo cual hace relación a la ansiedad como factor principal para desarrollar complicaciones asociadas a alguna otra patología de base.

La frecuencia de sintomatología relacionada con el estrés fue del 9.76%, esto se relaciona con la dependencia física hacia otros familiares o cuidadores, la mala calidad de vida debido a los múltiples factores de riesgo y contexto del adulto mayor, enfermedades crónicas; situaciones relacionadas directamente con la pandemia como el aislamiento social y la falta de información sobre el COVID-19.¹⁴ De acuerdo al grado de severidad de los síntomas encuestados, el grado moderado se encontró en el 25% para depresión, 20% ansiedad y 26.7% estrés. En el país vasco se realizó un estudio en población "mediante un cuestionario Google Forms (<https://www.google.com/forms/about>) que se difundió mediante plataformas virtuales", reportaron que el 7.8% tuvieron severidad moderada para

depresión, 3.9% para ansiedad y 6.5% para estrés. Aunque por haberse realizado de manera virtual, esto limita su comparación con el estudio actual.⁷ De manera individual existe un mayor grado de severidad en los síntomas relacionados con la ansiedad con un 15% de extrema severidad a diferencia de aquellos relacionados con estrés con un 3.3% de severidad. Los síntomas relacionados con Depresión solo muestran un 25% de severidad moderada. En comparación por lo realizado por Guzmán-Olea⁹ obteniendo como resultados un estado de depresión por dependencia funcional en un 26.5% del cual 19.7% fue de leve a moderada y 6.8% severa. Se observa una notable diferencia en cuanto a los grupos de edad, encontrándose una severidad extrema en las edades de 60 a 65 años, esto debido a que es la población más frecuente en este estudio. Los distintos grados de severidad encontrados al aplicar la encuesta DASS-21, donde destacan la ansiedad y depresión con

presencia de severidad extrema, resaltan un área de oportunidad para indagar de manera intencional y profunda en la salud mental en el paciente adulto mayor.

Limitaciones del estudio: No se exploraron las comorbilidades de los entrevistados, ni la valoración sociofamiliar, en cambio Failoc RV. et al.¹³ si las incluyeron. No obstante, los casos que presentaron depresión, ansiedad o estrés de grado moderado a severo, se enviaron con su médico familiar para valoración y seguimiento oportuno, tanto para manejo en el primer o segundo nivel de atención.

Conclusiones: La frecuencia de los síntomas relacionados con depresión, ansiedad y estrés en pacientes adultos mayores se presentó en la totalidad de los pacientes encuestados afectados por enfermedad COVID-19, refiriendo por lo menos la presencia de uno de estos síntomas.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS. Nota descriptiva 27 abril 2020. [acceso 15/03/2022]. Disponible: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. CONACYT. Gobierno de México. Información General COVID 19. Nota descriptiva 20 abril 2021. [acceso 03/05/2022]. Disponible: <https://datos.covid-19.conacyt.mx>
3. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, México; Secretaría de Salud, 2011. Disponible en: https://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/Catalogo-Maestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
4. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, México; Secretaría de Salud, 2010. Disponible en: https://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
5. Libertini G, Corbi G, Cellurale M, Ferrara N. Age-related dysfunctions: evidence and relationship with some risk factors and protective drugs. *Biochem (Mosc)* 2019; 84(12): 1442-1450. <https://doi.org/10.1134/s0006297919120034>
6. Castellano-Olivares A, Sánchez-Ruiz JG, Gómez-Sánchez G, Salgado-Figueroa M. Prevalencia de comorbilidades en el paciente geriátrico y pronóstico postoperatorio. *Rev. Mex Anestesiología* 2017; 40 (S1): S103-S105.
7. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaría M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(4): e00054020. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bnNQ-f4rdcMNpPjgfnpWPQzr/?format=pdf&lang=eshttps://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
8. González Casas D, Mercado García E, Corchado Castillo A. COVID-19 y su asociación con síntomas depresivos en la población española. *Rev Haban Cienc Méd* 2020;19(5): e3631.
9. Guzmán-Olea E, Agís-Juárez R, Bermúdez-Morales V, Torres-Poveda K, Madrid-Marina V, López-Romero D, et al. Estado de salud y valoración gerontológica en adultos mayores mexicanos ante la pandemia por COVID-19. *Gac Med Mex* 2020; 156: 420-425.
10. Vega J, Ruvalcaba J, Hernández I, Acuña M, López L. La salud de las personas adultas mayores durante la pandemia de COVID-19. *JONNA* 2020; 5(7): 726-739.
11. Carrillo Valdez L, Escamilla Gutiérrez M, González Baena V. Variables predictoras de las respuestas psicológicas ante covid-19: un estudio en México. *Cienc Soc* 2020; 45 (3), 7-23.
12. Sanchez-Rios C, Barreto-Rodríguez J, Centeno-Sáenz G, Vázquez-Rojas H. Análisis descriptivo de adultos mayores mexicanos con enfermedad COVID-19. *Neumol Cir Torax* 2020;79 (4): 224-229.
13. Failoc-Rojas VE, Del Pielago-Meñoño A. Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo. *Rev Colomb Psiquiat.* 2021;50(4):285-289.
14. Caycho-Rodríguez, T. Evaluación de la coronafobia en la población adulta mayor durante la pandemia del nuevo coronavirus-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]* 2021 [acceso 03/07/2022]. Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.02.006>

*Médico de Familia. Ex Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas VI, IX y V de Murcia. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB) Pascual Parrilla. Arrixaca, 30120 Murcia, España. Biomedical Research Institute of Murcia (IMIB) Pascual Parrilla. Arrixaca, 30120, Murcia, Spain.

Correspondencia:
Dr. José Saura Llamas.
Correo electrónico:
jsaurall@gmail.com

Error clínico, paciente difícil e incidente crítico: un triángulo motivador para formar residentes

Erro clínico, paciente difícil e incidente crítico: um triângulo motivacional para treinamento de residentes

Clinical Error, Difficult Patient and Critical Incident: a Motivational Triangle to Train Residents

José Saura Llamas. *

Nota aclaratoria:

El lenguaje y los términos utilizados en esta presentación se deben entender siempre de manera inclusiva: La residente y el residente. La médica y el médico etc. Este artículo sólo es una pequeña introducción a estos tres temas fundamentales. Por su importancia, trascendencia y extensión los interesados en alguno de ellos deben revisarlos y ampliarlos con otras referencias. No existe ningún conflicto de interés. El autor no tiene ninguna relación con otras instituciones o empresas que puedan estar relacionadas con esta publicación. No se ha recibido ningún tipo de ayuda económica ni de otro tipo para elaboración. Se llevó a cabo con recursos propios.

Resumen

Se describe la importante relación que existe entre los dominios competenciales: *seguridad del paciente, comunicación clínica y la formación sanitaria especializada*; son señaladas su utilidad formativa, las sinergias y su efecto potenciador y beneficioso. Se resaltan sus efectos sobre el residente, a través de: *el error clínico, el paciente difícil y el incidente crítico* que constituyen el llamado triángulo motivador para formar residentes. Es decir, de cómo utilizar formativamente las situaciones reales cuando las cosas no van bien en la consulta.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Comunicación, Errores médicos

Resumo

A relação importante entre domínios de competência: segurança do paciente, comunicação clínica e treinamento especializado em saúde é descrito; Sua utilidade formativa, sinergias e seu aprimoramento e efeito benéfico são indicados. Seus efeitos no residente são destacados,

por meio: o erro clínico, o paciente difícil e o incidente crítico que constituem o triângulo motivador chamado para formar os moradores. Ou seja, como usar formativamente situações reais quando as coisas não estão indo bem na consulta.

Palavras -chave: Segurança do paciente, Comunicação, Erros médicos

Abstract

The important relationship that exists between the competency domains of: *patient safety, clinical communication and specialized health training*, its educational usefulness, synergies and the enhancing and beneficial effect are pointed out. Its effects on the resident are highlighted, through: the clinical error, the difficult patient and the critical incident that constitute the so-called motivational triangle to train residents. That is, how to use real situations formatively when things are not going well in the medical consultation.

Keywords: Patient Safety, Communication, Medical Errors

Introducción

La formación sanitaria especializada y la necesidad de que el aprendiz tenga motivación o sea motivado. **Papel del tutor en la motivación del residente:** se dice con mucha frecuencia y de forma generalizada: "Hay que motivar al médico de familia". Y a los tutores se nos dice con insistencia: "Hay que motivar al residente". El Tutor debe motivar al residente, pero... ¿como se hace eso?, ¿cómo motivar al residente? Es una tarea difícil.

En la formación sanitaria especializada son excepcionales las actividades formativas en las que se incluyen la motivación del residente

en situaciones reales de la clínica. No nos forman en esta competencia tan importante para los tutores y docentes, nadie nos ha enseñado realmente como motivar de manera eficaz en nuestro ejercicio profesional. ¿Cómo se hace?, ¿Cómo se motiva? Si se trata de motivar intencionalmente hay que responder a las cuestiones: ¿con qué métodos y actividades docentes? Ya que si se hace partiendo solo de una iniciativa del tutor, está habitualmente condenada al fracaso.

El aprendizaje-entrenamiento en el contexto profesional

En la formación clínica son los pacientes fundamentalmente los que nos enseñan mientras los atendemos porque cada paciente es una o varias oportunidades formativas. Porque cuantos más pacientes atendamos más aprendemos. Y porque son la mayor fuente de nuestra motivación. En la formación reglada centrada en el aprender haciendo, el tutor facilita el aprendizaje del residente y le ayuda a hacerlo bien desde la primera vez. Nuestro ejercicio profesional se puede describir como un solucionar los problemas de salud de nuestros pacientes, haciendo bien nuestro trabajo con un esfuerzo razonable, sin sufrir o sufrir lo imprescindible (con el menor malestar, estrés, ansiedad, indignación posible). Ejercicio con dos partes fundamentales: una científico – técnica: el acto médico; y otra de comunicación: la relación médico paciente y la entrevista clínica, que va más allá de la anamnesis.

Motivación y reconocimiento

No son lo mismo: La motivación es casi exclusivamente personal. Automejora a satisfacción con uno mismo. En el reconocimiento intervienen los demás que son los que nos lo conceden. El reconocimiento es un estímulo que refuerza o aumenta la motivación, pero no siempre que hay reconocimiento este se traduce en una motivación concreta.

Reconocimientos esperables

Los reconocimientos no son inmediatos a la acción o acciones que lo merecen ya que necesitan tiempo para que aparezcan y sean evidentes. Para un profesional de la salud el mayor y más habitual reconocimiento procede de sus pacientes que son los que en definitiva directa o indirectamente “nos pagan”. “La auténtica medicina

centrada en el paciente”. Para el tutor o el docente existe otro posible reconocimiento el de sus residentes o alumnos, que suele tener una frecuencia y una intensidad menor al reconocimiento de los pacientes, y sobre todo se evidencia cuando terminan su formación como especialistas. Para el especialista en ciencias de la salud suele existir otro reconocimiento, aunque sea habitualmente menos explícito, que es el de sus compañeros. Dentro del Sistema Nacional de Salud el trabajador habitualmente no va a tener casi ningún reconocimiento. No es esperable. Además, hay que tener en cuenta que aunque que exista reconocimiento, no siempre este produce o aumenta la motivación.

Dos grandes grupos de motivación

Motivación intrínseca, verdadera o auténtica. La producen factores Intrínsecos, de primer orden o específicamente motivadores que son los que producen realmente satisfacción, son los que explican las causas profundas de la motivación. Incluye los aspectos relacionados con las necesidades superiores de Maslow como: El reconocimiento profesional y laboral: acreditación, percepción de sus pacientes. La responsabilidad en el trabajo: “hacer bien las cosas”. El logro profesional: “curar pacientes”, “ayudar a la gente”. Ser respetado por sus iguales: papel en el grupo. Un entorno adecuado para ejercer el trabajo, medios y recursos profesionales: un buen contexto y ambiente laboral. El éxito laboral o profesional. La autorrealización y lograr un nivel elevado de desarrollo personal: posibilidad de alcanzarlo. Compartir y enseñar. Las expectativas de promoción laboral. Se traduce en cuestiones como: ¿Por qué quiero ser médico de familia? ¿Qué es lo que me gusta de mi profesión? ¿Y lo que no me gusta? La motivación intrínseca es la esencial y la que determina nuestro desarrollo profesional. “La que traemos puesta”.

Motivación extrínseca o higiénica: La producen los factores extrínsecos, de segundo orden o higiénicos. Incluye los aspectos asociados a las necesidades básicas de Maslow como: Salario. Condiciones laborales: vacaciones, descansos, horario, etc. Características del trabajo: presión asistencial, saturación, guardias, etc. Seguridad laboral y personal, también estabilidad en el empleo. Política de personal de la empresa: promoción profesional, carrera profesional. ¿Quién ha elegido esta profesión y esta especialidad para hacerse rico?

Se nota cuando falta. Son origen de insatisfacción cuando faltan, pero su existencia no produce motivación como tal, resultando inaparente.

Actividades motivadoras con estímulos positivos y estímulos negativos

El buen tutor es aquel que sabe manejar los estímulos positivos (premios y recompensas) y negativos (correctivos), adecuándolos al momento formativo y a las situaciones concretas que los requieran. Lo ideal sería utilizar sobre todo los estímulos positivos y que el residente se penalizara así mismo cuando no los obtuviera. Se puede hacer estimulando y premiando su actitud positiva hacia el aprendizaje, y evidenciando la contraria.

Entre los factores motivadores más frecuentemente mencionados se encuentran: el contacto personal con el tutor y los compañeros; un programa docente de calidad, la satisfacción con los objetivos formativos personales y con su consecución, la utilidad práctica del aprendizaje y la verificación de los resultados y progresos conseguidos. Un buen tutor es el que sería capaz de conseguir con facilidad esos estímulos positivos (o premios), que además sean merecidos y valorados por el residente. Comenzar siempre destacando lo bueno.

Los tutores y otros docentes deben procurar que exista un buen entorno y un buen ambiente docente, que siempre será más motivador para el residente. Así como facilitar su auto motivación, apoyando las iniciativas que tome. El tutor por sí mismo no motiva al residente, para motivarlo el tutor debe favorecer que el residente se encuentre en situaciones reales potencialmente formativas que lo motiven. Creo que en realidad lo que motiva o puede motivar al residente son los pacientes y los problemas que estos le plantean en su proceso de atención. Existiendo contextos clínicos específicos y motivadores para el residente que pueden funcionar independientemente del tutor.

MOTIVACIÓN INTRÍNSECA SOBREVENIDA DEL RESIDENTE

Asumiendo que la motivación es fundamental en todo el proceso de aprendizaje y desarrollo profesional, la motivación intrínseca que

cualquiera de estas tres situaciones (error clínico, paciente difícil e incidente crítico) pueden producir en el residente es muy alta, siempre que prime la actitud de transparencia y de poner encima de la mesa todas estas situaciones para trabajar con ellas.

La potencia de la motivación hacia el aprendizaje puede ser muy importante ya que en la bibliografía se recoge que tanto los encuentros difíciles, como los errores clínicos son prevenibles en una parte importante, y aunque los incidentes críticos no son prevenibles, puesto que son identificados y seleccionados por el profesional, es posible que disminuyan en su frecuencia, intensidad o importancia.

La motivación que producen en el residente (y en cualquier profesional) es intensa, intrínseca e inevitable para “sufrir menos”, para aprender a manejar estas situaciones y tratar de solucionarlas o paliarlas, para superar las dificultades que plantean y para adquirir habilidades frente a futuras situaciones reales de su práctica clínica.

EL TRIÁNGULO ASISTENCIAL CUANDO TENEMOS PROBLEMAS

“Cuando las cosas van mal en la consulta”

La figura 1 ilustra el triángulo cuando como profesionales de la salud tenemos problemas en la consulta asistencial.

Figura 1. Triángulo asistencial cuando tenemos problemas.



RELACIÓN ENTRE SEGURIDAD DEL PACIENTE, COMUNICACIÓN ASISTENCIAL Y FORMACIÓN

Existe una clara y potente relación entre las áreas competenciales de *comunicación clínica, seguridad del paciente y formación sanitaria especializada*, que además es transversal. Relación o interacción que multiplica el efecto beneficioso que cada una de estas grandes áreas competenciales transversales nos aportan en nuestra formación, ejercicio y desarrollo profesional.

Teniendo en cuenta que la clave fundamental y común es que todo se centra siempre en el paciente (o en los pacientes) a continuación, se recogen los elementos que reflejan esta idea, con su singularidad y especificidad, y como se enlazan estos tres grandes “topic”:

La relación médico paciente, la comunicación asistencial, la mala comunicación, y su traducción prototípica como puede ser *el encuentro difícil* entre paciente y médico. También definida menos acertadamente como *paciente difícil*.

La gestión de la calidad asistencial, la seguridad del paciente, los eventos adversos y su traducción en su imagen más prototípica que son *los errores clínicos*.

La formación de los profesionales, la formación especializada, la práctica reflexiva, y su imagen: los incidentes críticos, y *el informe de incidente crítico* (según Flanagan) como instrumento formativo.

RELACIÓN ENTRE ERROR CLÍNICO, PACIENTE DIFÍCIL E INCIDENTE CRÍTICO

Las sinergias que existen entre ellos se ponen de manifiesto al analizar sus tres tópicos más relevantes que son: el paciente difícil, el error clínico (error médico) y el incidente crítico. Esta relación o interacción multiplica el efecto beneficioso y potenciador que cada una de ellas produce en las otras sobre el desarrollo y mejora de nuestro ejercicio profesional.

Esta breve cita expresa mejor esta relación: *Las consultas urgentes, los problemas surgidos por la mala comunicación con el paciente, los errores de la práctica médica son, entre otros, el marco en el que acontecen los incidentes críticos.* En ella se recogen los elementos clave que reflejan claramente esta idea, presentando además su singularidad y especificidad y como enlazar los tres grandes “tópicos” de cada una de estas áreas competenciales, ver Tabla 1.

EL TRIÁNGULO ERROR MÉDICO-PACIENTE DIFÍCIL E INCIDENTE CRÍTICO

La figura 2 ilustra el llamado triángulo motivador en la formación de residentes formado por tres vértices ocupados cada uno de ellos por error médico, paciente difícil e incidente crítico.



Figura 2. El triángulo motivador.

Error Clínico	Paciente difícil	Incidente crítico
Sí tiene relación	Sí tiene relación	Sí tiene relación
<ul style="list-style-type: none"> - La comunicación. Clave para la seguridad del paciente - Incidente crítico y error médico - Aplicación a un error del modelo de incidente crítico - La utilización de informes de incidentes críticos es un medio para detectar problemas de estructura, proceso o resultado, que plantean riesgos de la seguridad para el paciente - La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de MF y C 	<ul style="list-style-type: none"> - Conoce y práctica la entrevista clínica en incidentes críticos - Se puede considerar como incidente crítico cualquier problema de comunicación surgido en la relación médico-paciente - El incidente crítico permite detectar necesidades de formación en clínica, comunicación y bioética - Los pacientes son más comprensivos con los médicos que son capaces de reconocer sus errores 	<ul style="list-style-type: none"> - La Comunicación base para enseñar y aprender Seguridad del Paciente - Enfoque pedagógico del error médico - Como aprender de nuestros errores: la reflexión formativa - El análisis de incidentes críticos puede utilizar la estrategia de exploración estructurada para conocer la competencia profesional

Tabla I. Relación entre error clínico, paciente difícil e incidente crítico

¿Como interactúan entre ellos? La relación entre ellos, en conjunto o tomados de dos en dos, está ampliamente reflejada en distintas y muy diferentes referencias que además tienen un enorme sentido común, y un muy intuitivo y evidente valor facial:

Relación del error clínico con el paciente difícil y con el incidente crítico: Obviamente un error clínico puede estar relacionado con un paciente difícil y dar lugar a un incidente crítico. Según la bibliografía sí que existe esta relación: La comunicación es clave para la seguridad del paciente. El incidente crítico y el error médico (revisión), y la aplicación a un error del modelo de incidente crítico. La Comunicación es básica para enseñar y aprender Seguridad del Paciente. Los errores médicos disminuyen al disminuir o eliminar las barreras en la comunicación asistencial y con la participación de los pacientes. La utilización de informes de incidentes críticos es un medio para detectar problemas de estructura, proceso o resultado, que plantean riesgos para la seguridad del paciente. *La seguridad del paciente, es un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Enfoque pedagógico del error médico. Como aprender de nuestros errores: la reflexión formativa.*

Relación del paciente difícil con el error clínico y el incidente crítico: Los pacientes difíciles pueden inducir a error al profesional, empeorando su seguridad y dar lugar a un incidente crítico sobre todo de relación. Según la bibliografía sí que existe esta relación: conoce y práctica la entrevista clínica en incidentes críticos. Se puede considerar como incidente crítico cualquier problema de comunicación surgido en la relación médico-paciente, y permite detectar necesidades de formación en clínica, comunicación y bioética. Además, los pacientes son más comprensivos con los médicos que son capaces de reconocer sus errores.

Relación del incidente crítico con el error clínico y el paciente difícil: Un incidente crítico puede ser el resultado de un error médico al tratar un paciente difícil. Según la bibliografía sí que existe esta relación: la comunicación base para enseñar y aprender Seguridad del Paciente. Enfoque pedagógico del error médico.

Como aprender de nuestros errores: la reflexión formativa. En los incidentes críticos hay que conocer y practicar la entrevista clínica. Se puede considerar como incidente crítico cualquier problema de comunicación surgido en la relación médico-paciente. El análisis de incidentes críticos puede utilizar la estrategia de exploración estructurada para conocer la competencia profesional. Mediante una pregunta del tipo: “¿Podría contarme una ocasión en la que hubiera hecho algo que originó una mejora en su lugar de trabajo?”, se puede evaluar la capacidad innovadora del entrevistado.

¿POR QUÉ ES UN TRIÁNGULO MOTIVADOR?

El Grado de motivación que producen. La motivación depende, entre otros factores, de cada profesional y del “sufrimiento” = ansiedad, estrés, malestar, irritación, disconfort, etc., que produce. En la tabla II se propone un esquema para valorar el grado de motivación y la reacción producida.

Tabla II. Grado de motivación.

	Intensidad del sufrimiento	Grado de motivación	Reacción producida
Error clínico			
Paciente difícil			
Incidente crítico			

Poseen seis características motivadoras comunes

Son inevitables (o casi): A lo largo de vuestro ejercicio profesional se nos van a presentar varias o muchas veces. Hay que tener presente que, a lo largo de una carrera profesional de una duración normal, es prácticamente inevitable que todos los profesionales de la salud se encuentren muchas veces en alguna de estas situaciones. Estos tres escenarios los van a afectar, en un momento u otro, y van a tener posibles repercusiones importantes, aunque afortunadamente estas no son frecuentes. Incluso alguna vez en el mismo proceso de atención a un paciente se pueden presentar estas tres situaciones simultáneamente. Así por ejemplo un paciente difícil que desencadena un encuentro clínico difícil puede inducir a un error clínico, y ese error en ese contexto puede dar lugar a un incidente crítico. Aunque no siempre están directamente relacionados y se pueden presentar aislados e independientes. El residente durante su periodo formativo es muy probable que cometan más de un error clínico, que tengan que atender a más de un paciente difícil y tengan más de un incidente crítico.

Son situaciones que crean problemas.

Suelen producir sufrimiento en el profesional, en el paciente y en los familiares. Además, describen tres situaciones de la clínica diaria que habitualmente son responsables de la mayor parte del malestar y discomfort que pueden tener los profesionales que atienden a la población. De “las que más hacen sufrir al profesional”.

Desconocimiento. Hay poca formación sobre ellas.

Se pueden trabajar y aprender de ellas, con lo que se podrán evitar, abordarlas y tolerarlas mucho mejor, y con ello además de disminuir el sufrimiento, mejorar la calidad asistencial que se presta a la población.

Aunque depende de la personalidad, en algunas de estas situaciones el sufrimiento del profesional y la motivación que causa es tan importante que en lugar del afrontamiento producen un comportamiento de negación y/o huida, con lo que en vez de servirnos para mejorar el problema se cronifica pudiendo producir secuelas que empeoran el ejercicio del profesional e incluso pueden producir burnout o desgaste profesional.

COMPARACIÓN ENTRE LOS VÉRTICES DEL TRIÁNGULO MOTIVADOR

En la tabla III se detallan los contenidos y componentes que se pueden analizar en cada uno de los tres vértices del triángulo motivador, para comprobar su relación y sus similitudes o diferencias.

Tabla III. Elementos de comparación entre los vértices del triángulo motivador

Modelo y contexto formativo
Concepto y definición
Relación con la bioética
Clasificación ¿Como se clasifican? Tipos
Ejemplos mencionados y descritos ¿Cómo se han descrito?
Fases de su aparición ¿Cómo aparecen?
Actores implicados
Papel de la familia del paciente
Origen y desarrollo
Consecuencias
Utilización en ciencias de la salud
Utilización en otras disciplinas y profesiones
Aplicación como evaluación formativa
Relación con el libro del residente y el portafolio
Metodología ¿De donde procede?
¿Se pueden prevenir? Medidas para prevenirlos
Algunas similitudes entre ellos
Modelos de abordaje ¿Como los vamos a enfocar?
¿Como realizar su abordaje? Medidas y actividades a realizar. Ciclo reflexivo de abordaje
Algunas referencias sorprendentes que llaman la atención

Elaboración propia.

A continuación, vamos a desarrollar alguno de estos contenidos que tienen más importancia desde el punto de vista formativo.

EL MODELO Y EL CONTEXTO FORMATIVO

Aunque cada uno de ellos tiene modelos específicos de abordaje, en todos ellos se puede utilizar el método reflexivo (reflexión en la acción) y además intuitivamente siguen un modelo parecido al ciclo de mejora de la calidad, que se detalla en la Tabla IV.

Tabla IV El modelo y el contexto formativo

	Error Médico	Paciente Dificil	Incidente Crítico
Área de conocimiento Dominio competencial	Gestión de la calidad asistencial	Relación Médico - Paciente y Entrevista Clínica	Docencia Gestión de recursos humanos <i>Práctica reflexiva</i>
Ámbito profesional	Seguridad del paciente	Comunicación	Formación
Topic (Imagen prototípica)	<i>Error médico</i>	<i>Paciente difícil</i>	<i>Incidente crítico</i>
AUNQUE ES MUCHO MÁS...			
Mejor hablar de... Más correcto	Evento adverso por un error clínico	Relación difícil con un paciente Encuentros difíciles (15 %)	Técnica del Incidente crítico

Definiciones

Para describirlos utilizamos las definiciones más habituales. **Paciente difícil:** Grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo en común es la capacidad de producir distrés en el médico y en el equipo que los atiende. **Error clínico:** Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso. **Incidente crítico** (Flanagan 1954): Aquellos sucesos de la práctica profesional que nos causan perplejidad, han creado dudas, han producido sorpresa o nos han molestado o inquietado por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados.

Relación con la bioética

Estas tres situaciones, además de entre sí, están relacionadas de forma muy intensa con la

Bioética en el ejercicio profesional, y que no es necesario insistir más en este hecho: enfoques éticos de los encuentros difíciles, de los errores clínicos y de los incidentes críticos, basados en el *“primum non nocere”*. Pero este hecho le da un mayor valor e importancia a esta interrelación y aún hace más patente su transversalidad.

¡Y ya estaban en el juramento hipocrático!!!

Primum non nocere à Seguridad del paciente

- No hacer daño. Principio de la no maledicencia.

Ayudar y tratar bien a todos los pacientes à Relación médico - paciente

- Tratar a todos los pacientes por igual. Principio de equidad y justicia.

Enseñar y tratar como hermanos a los aprendices à Formación.

- Enseñar y aprender para mejorar. Tratar de hacer siempre lo mejor para los pacientes. Principio de beneficencia.

Consecuencias del error médico

Se han descrito muchas consecuencias, pero como ilustración mencionamos las siguientes: *“Los médicos presionados recetan peor”*. Pérdida o empeoramiento de la salud del paciente. Pérdida de ingresos económicos del paciente o “lucro cesante”. Pérdida de capacidad laboral del paciente. Incapacidad temporal o permanente. Invalidez. Aumento de gasto en pensiones. Aumento de la presión asistencial. Aumento de estancias hospitalarias. Pago de indemnizaciones. Aumento del coste de las primas de seguros. Incremento de costes por la asistencia a crónicos y discapacitados. Litigios y reclamaciones. La aparición de las *“Asociaciones de Víctimas de Negligencias Sanitarias”* etc.

Consecuencias de una relación difícil

También existen muchas consecuencias de una relación difícil como: Malestar en el profesional. Provocan un grave desgaste emocional. Su presencia se valora negativamente en el equipo. Aumenta la demanda asistencial. Suele presentar múltiples problemas de salud y el uso inadecuado de recursos. Suelen generar más exploraciones, derivaciones y prescripciones.

Pueden generar más incapacidades laborales: “procesos de baja laboral”. Los pacientes hostiles anulan o disminuyen las competencias en la anamnesis. Presentan sus problemas de forma más compleja. Los pacientes hipocondríacos reciben menos atención. Los pacientes ambiguos aumentan el control de la entrevista por el profesional, ignorando la ambigüedad. El paciente con un “Guión” asimétrico, con o sin hostilidad, pero que irritan al profesional, pueden acumular más y mayores errores clínicos.

Hasta un 80% de las reclamaciones o denuncias son producto de una mala comunicación con el paciente o los familiares. Aunque a menudo la relación con los pacientes difíciles tiene características disfuncionales, éstos muestran un *alto nivel de satisfacción* con el EAP en todas las dimensiones evaluadas, superiores incluso al de la población general. La mala relación médico-paciente y el estrés que produce pueden favorecer la aparición del desgaste profesional o Burnout.

Consecuencias de un incidente crítico

Entre las consecuencias del incidente crítico podemos incluir: Algo que se percibe como fuera de lo habitual. Fuera de lo corriente. Es importante, aunque tenga un buen o mal curso. Causa sorpresa. Algo inesperado o con resultados inesperados. Perplejidad. Inquietud. Malestar. Molestia. Impacto. Amenaza. Que crea dudas, nos hace dudar. Falta de coherencia. Una situación incómoda. – Impactante, que produce un impacto. En cualquier caso, impacto positivo o negativo provocan o motivan el pensamiento y la reflexión. Alteran el área de confort del profesional. Produce o aumenta el nivel de estrés. Suelen dar lugar a experiencias desagradables vividas por los trabajadores de urgencias ante situaciones con presencia de excesivo sufrimiento humano y/o elevado riesgo de error profesional o de fracaso. Si se reflexiona sobre estas consecuencias fácilmente se puede comprender que muchas de las consecuencias de cada uno de los vértices del triángulo motivador se pueden aplicar a los otros dos. Idea que se refuerza al comentar la relación que existe entre ellos.

ACTORES IMPLICADOS

Los actores implicados en estas situaciones clínicas se detallan en la tabla 5.

Tabla 5. Actores Implicados (Varios autores, elaboración propia).

Error Médico	Paciente Difícil	Incidente Crítico
1ª Víctima = Paciente	- Paciente	- Profesional
2ª Víctima = Profesional	- Profesional	- Paciente
3ª Víctima = Institución	- Familiares	- Familiares
4ª Víctima = Sistema		- Institución
¿Dónde están los familiares?	- ¿Institución?	- ¿Sistema?
¿No son víctimas de la SP?	- ¿Sistema?	

PAPEL DE LA FAMILIA DEL PACIENTE

Intervención de la familia en el error médico

Es importante para asumir las consecuencias. En fases posteriores al error pueden dar lugar a quejas, reclamaciones, demandas, etc., y otras.

Intervención de la familia en una relación difícil

A veces se pueden identificar “Familias difíciles”, por ejemplo por compartir con el paciente una misma “cultura” sobre los problemas de salud. O bien sufren las consecuencias de convivir con una “persona difícil”.

Intervención de la familia en el incidente crítico

La familia puede ser protagonista de un “incidente crítico familiar”. A veces participan en la resolución del incidente crítico y sus aportaciones pueden ser muy útiles en el aprendizaje.

RELACIÓN CON EL LIBRO DEL RESIDENTE Y EL PORTAFOLIO

Error médico

Porque pueden dar lugar a instrumentos formativos como los informes de Autorreflexión. Informes de adquisición de competencias. Y casos de errores clínicos.

Paciente difícil

También tienen trascendencia formativa al proporcionar ejemplos clínicos concretos. Indirectamente muchos errores clínicos e incidentes críticos están relacionados. Casos de pacientes o entrevistas difíciles.

Incidente crítico

La técnica del incidente crítico se ha incluido en el modelo del portafolio formativo del residente de Medicina Familiar y Comunitaria y se hace habitualmente. Portafolio e incidente crítico.

MÉTODO FORMATIVO

Respecto al tipo de enfoque y método o técnica utilizada en su caso, aunque todos intrínsecamente utilizan el método reflexivo (especialmente útil en el aprendizaje profesional y en el autoaprendizaje), podemos decir que tanto el encuentro difícil como el incidente crítico tienen un componente subjetivo - cualitativo muy importante, los errores clínicos tienen componentes cualitativos pero también objetivos - cuantitativos muy importantes. Así conceptualmente se puede dudar de la existencia del “paciente difícil”, pero los incidentes críticos aunque seleccionados de manera totalmente subjetiva por el profesional sí que existen, y nadie puede dudar de la existencia probada de los eventos adversos ni de los errores clínicos.

SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE ESTAS TRES SITUACIONES

En la tabla 6 se detallan algunas similitudes y semejanzas entre estas tres situaciones clínicas.

	Error Médico	Paciente Dificil	Incidente Crítico
Existen diferencias entre ellas	Es imprescindible tenerlos en cuenta	“Es imposible no tenerlos en cuenta”	Su uso es opcional, muy conveniente y recomendable, pero no imprescindible
Uso en investigación	Sí	Sí	Sí
Modelo de análisis	- Modelo de análisis del error médico	- Aproximación al paciente difícil	- Herramientas de análisis de los incidentes críticos - Informe del Incidente crítico

Tabla 6. Algunas similitudes y diferencias entre error médico, paciente difícil e incidente crítico (Varios autores, elaboración propia).

COMO VAMOS A ENFOCAR EL TRIÁNGULO MOTIVADOR. MODELOS DE ABORDAJE

Aunque no era el objetivo principal de este artículo y además precisa un desarrollo mucho más amplio, no se debe terminar esta revisión

sin facilitar a los tutores y residentes una pequeña aproximación de como se deben abordar cada uno de los tres componentes del triángulo motivador.

Es evidente que en los tres casos, tanto para el análisis como para el abordaje se utiliza el método reflexivo, ya que podemos decir que “utilizan la misma música con distinta letra”. Y que se trata de profesionales que reflexionan sobre su ejercicio profesional: lo analizan para identificar lo que hacen mal y toman medidas para corregirlo, es decir lo que se denomina investigación en la acción ya que va de *la acción a la reflexión, y de la reflexión a la acción.*

Los tres vértices se pueden abordar como problemas de calidad. Siguiendo el esquema general del ciclo de mejora. Figura III.

Figura III. Ciclo de mejora.



Abordaje del Error médico

Si el error clínico es un problema de calidad se puede abordar como un ciclo de mejora (enfoque reactivo).

Fases, actividades y tareas a llevar a cabo:

- 1. El problema de calidad-la oportunidad de mejora:** Se ha producido un error. Detectar e identificar el error (incumplimiento o defecto).
- 2. Recogida de información. Análisis del problema:** ¿Qué sucedió? Descripción. Reconstrucción del hecho. Causas Institucionales implicadas.
- 3. Establecer criterios para medir la calidad:** Basados en las cuestiones ¿Porqué Sucedió?: El proceso del error.

4. Medidas de intervención. Instaurar medidas correctoras: Plan de acción y propuesta de soluciones. Reconocer el error. Comunicarlo. Paliar sus consecuencias. Plan de Seguridad y Gestión del riesgo.

Periodo de tiempo para ejecutar las medidas.

5. Reevaluación: Análisis de los resultados tras las medidas correctoras. ¿Qué hacer a partir de ahora?, ¿Cómo se pueden prevenir?

6. Valorar la mejora: Si se ha mejorado planificar la monitorización para asegurar que la calidad obtenida se mantiene en el tiempo.

7. Si es necesario, porque no se ha mejorado o porque aparecen nuevos incumplimientos, reiniciar el ciclo de mejora.

Abordaje del paciente difícil

El protocolo de abordaje de un paciente difícil sigue un esquema parecido al *Ciclo de Mejora*.

Fases, actividades y tareas a llevar a cabo:

1. El problema de calidad-la oportunidad de mejora: Detección e Identificación del Paciente Difícil. El encuentro difícil.

2. Recogida de información. Análisis del problema: Análisis de la información disponible. Generación de hipótesis.

3. Establecer criterios para medir la calidad: Basado en ¿Porqué Sucedió?: Clasificación de esta relación médico – paciente difícil. Refutación de hipótesis.

4. Medidas de intervención. Instaurar medidas correctoras: Plan de actuación y negociación con el paciente, e intervención sobre el médico o sobre esta relación.

Periodo de tiempo para ejecutar las medidas.

5. Reevaluación: Resultados de la intervención. ¿Cómo queda la relación médico paciente?

6. Valorar la mejora: Valorar alternativas. La entrevista proactiva.

7. Si es necesario, porque no se ha mejorado o

porque aparecen nuevos incumplimientos, reiniciar el ciclo de mejora.

Abordaje del Incidente crítico

El informe del incidente crítico sigue también este mismo esquema parecido al *Ciclo de Mejora*.

Fases, actividades y tareas a llevar a cabo:

1. El problema de calidad-la oportunidad de mejora: Identificación y selección del Incidente Crítico. Descripción.

2. Recogida de información. Análisis del problema: Análisis 360°. ¿Por qué Sucedió?, Consecuencias.

3. Establecer criterios para medir la calidad: Elaboración de las preguntas formativas. Establecer los objetivos del aprendizaje.

4. Medidas de intervención. Instaurar medidas correctoras: Métodos para alcanzar los objetivos. Respuestas a las preguntas. Recursos utilizados.

Periodo de tiempo para ejecutar las medidas.

5. Reevaluación: ¿Qué has aprendido?, ¿Qué te falta por aprender?

6. Valorar la mejora: ¿Qué vas a hacer para aprenderlo?, ¿Cómo lo vas a aplicar a tu práctica?

7. Si es necesario, porque no se ha mejorado o porque aparecen nuevos incumplimientos, reiniciar el ciclo de mejora.

TRASCENDENCIA Y UTILIDAD FORMATIVA DEL TRIÁNGULO MOTIVADOR

Son situaciones y técnicas muy adecuadas para la formación de adultos porque cumple sus principios:

- Los adultos buscan una utilización práctica del conocimiento.

- Están motivados por necesidades y beneficios concretos.

- Tienen una experiencia amplia y variada.
- Prefieren las relaciones docentes democráticas.
- Los adultos prefieren los programas docentes informales.
- Necesitan una auténtica individualización de la enseñanza.
- Son activos.
- Desean participar en la planificación de su formación (Loayssa 2001).
- Tiene que ser voluntaria, imposible enseñar al adulto que no quiere aprender.
- Facilita la recogida de pruebas de que se ha alcanzado esa competencia.
- Permite la evaluación formativa y sumativa.
- Incorpora el modelo reflexivo al aprendizaje.
- Utiliza una metodología validada y ampliamente utilizada.
- Facilita la interacción formativa y la reflexión conjunta con el Tutor.
- Pide y permite el feedback formativo.
- Existe un modelo ya muy elaborado para recogerlos.

Cumplen con los requisitos del aprendizaje efectivo

- Interés y motivación.
- Individualizado.
- Proceso activo.
- Significativo.
- Experiencias realistas.
- Verificación de resultados.

La estrategia más sencilla y útil del tutor es esperar a que la motivación del residente se origine por alguno de los problemas que inevitablemente se le van a presentar en la atención a la población. La labor del tutor sería detectar ese problema y utilizarlo como base de una actividad formativa y motivadora. Ya que cuanto más preocupe al residente más motivador será para él, el aprendizaje. Sería partir de una motivación intrínseca sobrevenida como consecuencia del trabajo clínico habitual.

Y aportan otros beneficios formativos:

- Se basa en "el hace" de la pirámide de Miller. En aprender haciendo.
- Valora el autoaprendizaje del residente.
- Puede evaluar la adquisición de competencias muy importantes.

- Se integra con otros instrumentos de evaluación.

- Se puede incluir fácilmente en la Memoria Anual del Residente y/o portafolio.

El uso de estos contenidos para elaborar los informes de autorreflexión, o la reflexión grupal, permite contextualizar experiencias laborales difíciles, vividas de forma traumática o inesperada, facilitando tanto la adquisición de habilidades y actitudes como la adopción de medidas organizacionales correctoras.

Conclusión

Pensando en esta triada: comunicación, seguridad del paciente y formación; que más se puede pedir que mientras aprendemos con una alta motivación, mejorando la calidad asistencial, tratando de sufrir menos y de ayudar a los pacientes, busquemos disminuir nuestros errores clínicos (eventos adversos), mejorando nuestras competencias en comunicación y enfocando mejor nuestros incidentes críticos.

AGRADECIMIENTOS

A todos los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y los tutores motivados -de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas VI, IX y V de Murcia- por todo lo que me han enseñado.

BIBLIOGRAFÍA DE APOYO

1. - Saura Llamas J. ¿Cómo motivar al médico de familia? El triángulo constituido por error clínico, paciente difícil e incidente crítico. XIII Jornadas de residentes de la SMUMFYC y IV Jornada de estudiantes de medicina. SMUMFYC. Murcia. 30 Noviembre 2018.
2. **Bibliografía sobre el error clínico**
3. - Grupo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Monográfico Nº 18 de la Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. Seguridad del paciente en Atención Primaria. Octubre 2010.
4. - Astier Peña MP, Palacio Lapuente J, Torijano Casalengua ML, Añel Rodríguez R. Seguridad del paciente en Atención Primaria. Aten Primaria: número especial. Diciembre 2021; 53 (suplemento 1).
5. - Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. Los errores médicos (I). Aten Primaria. 2012; 44(8):494-502.
6. - Vélez Álvarez Ga. El error en la práctica médica: una presencia ineludible. Iatreia 2006; 19(1): 39-46.
7. - Vicente Odio EF. Enfoque pedagógico del error médico (Medical error: a focus from pedagogy). Educ Med Super. 2014; 28(4).
8. - Saura Llamas J y Grupo de Seguridad Paciente de la semFYC. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. Aten Primaria 2010; 42(11):539-540.
9. - Saura Llamas J, Astier Peña MP, Puntos Felipe B. La formación en seguridad del paciente y una docencia segura en atención primaria. Aten Primaria 53(2021):102199.
10. - Saura-Llamas J, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M, Gómez-Portela J. Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación. Semergen 2011; 37(6): 280-286.
11. - Saura-Llamas J, Martínez-Garre N, Sebastián-Delgado ME, Leal-Hernández M, Martínez-Pastor A. Resultados de la investigación formativa "Sobre Seguridad del Paciente" en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia. España. Aten Fam. 2013; 20:35-40.
12. - Saura-Llamas J, Sebastián-Delgado ME, Martínez-Garre MN, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M. Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de medicina familiar de Murcia. España. Aten Fam. 2014; 21(3): 77-82. ISSN 1405 – 8871.
13. - Saura Llamas J. Seguridad del paciente y errores médicos de los residentes de familia: experiencia formativa y de investigación en una unidad docente de Murcia – España. Arch Med Fam 2019; 21(2):69-82.
14. **Bibliografía sobre el paciente difícil**
15. - Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanàs Lanau N, Allué Buil A, Zamora Casas I, Viñas Vidal R. Pacientes de trato difícil em atención primaria: uma aproximação cualitativa y cuantitativa. Aten Primaria 2003; 31(4):214-221.
16. - Agreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. Pamplona. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2005; Suplemento 1:28-52.
17. - Arroba Lasanta ML, Dago Elorza R. Técnicas de comunicación en la consulta; abordaje de situaciones difíciles. AEPap 2005; 111-117.
18. - Bueno Ortiz JM, Luquin Martínez R, Morales López R. Asistencia al paciente difícil en la consulta de Atención Primaria. Ponencia. VIII Jornadas de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la Región de Murcia. La Manga (Murcia) 3 Mayo 2007.
19. - Rodríguez Sanz J, Álvarez-Ude Cotera F, Eguía Ángeles E. Protocolo: Abordaje del Paciente Dificil. FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2013; volumen 20; Protocolo 1, Marzo 2013.
20. - Sáez Yanguas A, Saura Llamas J. Una oportunidad formativa: Reflexión sobre un "paciente difícil". Tribuna Docente 2002, 3: 85-87.
21. - Puebla Manzanos L, Saura Llamas J. Un caso clínico y docente: a propósito de una paciente difícil. Tribuna Docente 2005; 6(6): 37-41.
22. **Bibliografía sobre el incidente crítico**
23. - Maldonado Bakovic AM, Mini Castro MD. Portfolio: incidente crítico. Resolución de problemas-aprendizaje. Cuadernos de Atención Primaria 2009; 16: 309-311.
24. - Vera Benavides L, Kraemer Gómez P. Metodología para prevención y manejo de incidentes críticos en seguridad de la atención. Serie Cuadernos de Redes Nº 32. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA). Santiago de Chile. Chile. 2009.
25. - Almendro Padilla C, Costa Alcaraz AM. Análisis de incidentes críticos: una herramienta para aprender de los errores. Educ Med 2018; 19(1):60-63.
26. - González Anglada MI, Garmendía Fernández C, Moreno Núñez L. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. Parte 1. Educ Med 2019; 20(3): 170-178.
27. - González Anglada MI, Garmendía Fernández C, Moreno Núñez L. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. Parte 1. Educ Med 2019; 20(4): 231-237.
28. - Saura Llamas J, Medina Abellán MD, Guirao Salinas FA, Martínez Garre MN, Abenza Campuzano J, Sebastián Delgado ME. Calidad y análisis formativo de los incidentes críticos de los residentes de medicina familiar de una Unidad Docente de Murcia, España. Arch Med Fam 2020; 22(2): 43-52.
29. - Saura Llamas J, Medina Abellán MD, Guirao Salinas FA, Martínez Garre MN, Abenza Campuzano J, Sebastián Delgado ME. Análisis de los incidentes críticos de cuatro promociones de residentes de medicina familiar de una unidad docente de Murcia. España. Arch Med Fam 2022; 24(1):49-60.
30. - Saura Llamas J, Medina Abellán MD, Guirao Salinas FA, Martínez Garre MN, Abenza Campuzano J, Sebastián Delgado ME. Como afectan los incidentes críticos a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Clin Med Fam 2022; 15(1): 20-27.
31. - Saura Llamas J. Perspectivas actuales del "Análisis de los incidentes críticos" en la formación de especialistas en medicina familiar. Arch Med Fam 2022; 24(2):79-81. ISSN 1405 8697.

*Residente de la especialidad en medicina familiar. Universidad de Santander, Colombia.

**Médico Internista. Universidad de los Andes, Colombia.

El médico familiar como promotor de resiliencia

O médico de família como promotor de resiliência

The family Physician as a Promoter of Resilience

Juan Sebastián Theran León,* Laura Yibeth Esteban Badillo,* Luis Andrés Dulcey Sarmiento.**

El concepto de resiliencia implica un comportamiento adaptativo, con una visión optimista de las habilidades individuales y del orden emocional, cognitivo y social. Además de los procesos internos, incluye los componentes sociales que potencian la calidad de vida y el logro del bienestar general, tanto físico como psicológico, en medio de la adversidad. Los aspectos positivos afectan las interacciones de un individuo con los demás, ya que cada persona construye su propia historia de vida.¹ Para el médico, la familia no sólo debe ser vista como un recurso para el cuidado y preocupación de las personas dependientes, los profesionales de la salud deben estar presentes y en estrecho contacto con las familias para que puedan continuar, ante todo, en el desempeño de sus funciones sociales, transmitiendo valores, ideas, creencias y valores. Sus creencias y códigos de conducta, sobre todo, brindan condiciones y experiencias vitales que facilitan el óptimo desarrollo psicológico y social de sus integrantes. Fomentar la resiliencia crea salud mental, porque ofrece una perspectiva más optimista sobre el proceso salud-enfermedad. Además de promover una sana adaptación a las condiciones adversas, la resiliencia incluye una actitud proactiva enfocada en la connotación positiva de los eventos, basada en una visión más global del ser; representa el sentido de la vida, la flexibilidad en la forma de comunicarse consigo mismo, con los demás y con el entorno, en medio de la adversidad, con estrategias de afrontamiento más focalizadas y adecuadas. Superar una crisis significa aceptar la adversidad como un desafío, no como una pérdida.²

El objetivo del médico familiar es mejorar la salud lo cual es similar a aumentar la resiliencia. Fomentar la resiliencia requiere una orientación más específica, de acuerdo al ciclo de vida, a las características de los individuos involucrados en el proceso. Desde esta perspectiva, la mejora de la resiliencia se vuelve complementaria a diversas acciones de salud pública; enfatiza la capacidad de cada participante para superar las

dificultades, a lo largo de su ciclo de vida. La resiliencia mejora el desarrollo humano en todos sus aspectos. La resiliencia de la familia se puede considerar como una herramienta importante para la salud porque mantiene la seguridad, la funcionalidad, el afrontamiento, el afrontamiento y el éxito de superación desde una perspectiva positiva, es decir, sobre la base de la felicidad, la satisfacción, la motivación, la esperanza, el optimismo y la familia. capacidad.³

El acto médico requiere un cambio de actitud que refleje el importante lugar que ocupa comprender, acompañar y valorar la condición humana; Requiere una actitud reflexiva, es decir, flexibilidad, apertura a la experiencia y aprendizaje de uno mismo, de los demás y del entorno. Es necesario complementar el enfoque de resiliencia con el enfoque de riesgo, para promover un desarrollo saludable; Promover estos rasgos de salud en las comunidades más vulnerables es fundamental para reducir los aspectos que les impiden alcanzar su máximo potencial de desarrollo. Este postulado propone un nuevo modelo de desarrollo, argumentando que no todas las personas que han crecido en condiciones de adversidad, pobreza y desigualdad social son propensas al fracaso, la delincuencia o la locura; Por el contrario, el concepto enfatiza el potencial humano y llama a la esperanza y la responsabilidad colectiva en la promoción del cambio social.⁴

En conclusión, la resiliencia desde el enfoque familiar permite continuar en equilibrio con su entorno y facilitar el crecimiento, fomentando el óptimo desarrollo biopsicosocial de cada uno de los miembros de la familia. Esta se verá potenciada al profundizar en el conocimiento sobre la familia, el funcionamiento familiar saludable ya que podrían identificarse aquellas características familiares y factores protectores que pueden hacer a la familia resiliente, es decir, con capacidad de responder positivamente a la adversidad.⁵

Referencias

1. Revista Gerencia y Políticas de Salud. [citado 3 de julio de 2022]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54510213>
2. de Araújo LF, Teva I, de la Paz Bermúdez M. Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Ter psicológica*. 1 de diciembre de 2015;33(3):257-76.
3. Bravo H, López J, Universidad P, De San M, De N, Michoacán H. Resiliencia familiar: una revisión sobre artículos publicados en español. *Rev Investig en Psicol [Internet]*. 31 de diciembre de 2015 [citado 3 de julio de 2022];18(2):151-70. Disponible en: <https://revista-sinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/12089>
4. Keyes CLM. Social well-being. *Soc Psychol Q*. 1998;61(2):121-37.
5. Jiménez-Picón N, Velasco-Sánchez M, Romero-Martín M, Jiménez-Picón N, Velasco-Sánchez M, Romero-Martín M. La resiliencia familiar como activo en salud. *An Sist Sanit Navar [Internet]*. 2019 [citado 3 de julio de 2022];42(1):121-4. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272019000100021&lng=es&nrm=iso&tlng=es

*Residente de la especialidad en medicina familiar. Universidad de Santander, Colombia. **Médico Internista. Universidad de los Andes, Colombia.

Correspondencia:

Dr. Juan Sebastián Theran León.

Correo electrónico:

jtheran554@unab.edu.co

El derecho a una muerte digna en un adulto mayor

O médico de família como promotor de resiliência

The family Physician as a Promoter of Resilience

Juan Sebastián Theran León,* Laura Yibeth Esteban Badillo,* Luis Andrés Dulcey Sarmiento.**

Dra. Herlinda Morales-López de Irigoyen
Sra. Editora:

Como seres humanos somos conscientes de las diferentes etapas de la vida y que esta llegará a su fin en algún momento, por lo tanto, a la mayoría de personas mayores la muerte no les genera temor, ya que lo asumen como parte del proceso de la vida, sin embargo, es frecuente el miedo de adquirir alguna enfermedad que los lleve a la dependencia funcional; en múltiples estudios – se ha demostrado el apoyo a la eutanasia- argumentado su preferencia por la calidad de vida sobre la longevidad, por lo cual, si tiene sentido que una persona mayor solicite su derecho a una muerte digna.

Etimológicamente, la eutanasia se define como “buena muerte”, que hace referencia a la terminación de la vida de forma voluntaria y sin dolor en una persona con una enfermedad que genera gran sufrimiento, llevando a que la muerte se convierta en mejor alternativa sobre la vida. Sin embargo, la promoción de la eutanasia ha generado múltiples dilemas bioéticos, al considerar a la vida como un “principio irrenunciable” y que nadie tiene derecho a provocar la muerte de una persona gravemente enferma, ni por acción ni por omisión y en algunas sociedades supone una ofensa ya que se consideraría como indigna la vida de algunas personas enfermas que, aunque sea una decisión autónoma y personal siempre va a requerir la actuación de otros para dar fin a la vida.¹ Asimismo, se ha consensuado que la autonomía del paciente tiene un límite, ya que matar no se puede convertir en un acto médico y tras su solicitud se ha recomendado hacer una consulta con un comité médico que, de acuerdo con a parámetros científicos y éticos, demuestren que la eutanasia es lo mejor para el paciente y su familia.² Como consecuencia, existe un debate abierto acerca de si puede hablarse o no de la “el derecho a la muerte digna” y hay acuerdo en la idea de acceder a cuidados paliativos como un derecho.

Legalmente, la eutanasia está regulada en territorios como Países Bajos (Holanda, 2002), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Canadá (2016) y en los Estados australianos de Victoria (2017) y de Australia Occidental (2019), en Estados Unidos es ilegal, pero el suicidio asistido ha sido regulado en algunos Estados. En España la eutanasia y el suicidio asistido son legales desde junio del 2021³. En Colombia, la eutanasia fue despenalizada con la Sentencia C-239 de 1997, donde se consagró a la muerte digna como un complemento del derecho fundamental a la vida digna, posteriormente se han creado sentencias que autorizan el procedimiento médico hasta convertirse en ley el 20 de abril de 2015, la cual dicta que se podrá solicitar la eutanasia si se cumple con alguno de estos requisitos: *Personas mayores de edad con enfermedad terminal definida con criterios clínicos, enfermos con capacidad de decisión que lo expresen de manera verbal o escrita y/o enfermos con patologías oncológicas.*

Teniendo en cuenta que el deseo de morir bien es una aspiración legítima de todos los seres humanos, consideramos que el alivio del sufrimiento se puede conseguir con la incorporación de cuidados paliativos de alta calidad y que estos se deben ofrecer antes de elegir la eutanasia como solución, por lo tanto, estamos de acuerdo, con el Dr. Jacinto Bátiz en su artículo publicado en el periódico “El Correo”, en que los poderes públicos antes de gastar dinero en la muerte de sus ciudadanos, deben invertir más en los cuidados paliativos y en cumplir con las necesidades de los enfermos, que abarca tanto el alivio de síntomas, como el apoyo psicológico, espiritual y el no morir en soledad.⁴

Referencias

1. Nombela Cano C, López Timoneda F, Serrano Ruiz-Calderón J, Postigo Solana E, Abellán Salort J, Prensa Sepúlveda L. La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica. *Debate actual: revista de religión y vida pública*. 2009;(10):56-76.
2. Hurtado Medina MJ. La eutanasia en Colombia desde una perspectiva bioética. *Rev Méd Risaralda*. 2016;22(1):49-51.
3. Bertolín-Guillén JM. Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2021;41(140):51-67.
4. Bátiz J. “¿Eutanasia o cuidados paliativos?” [Internet]. Organización médica de España. 2022 [cited 2022 Nov 6]. Available from: <http://www.medicospacientes.com/opinion/dr-jacinto-batiz-eutanasia-o-cuidados-paliativos>