

COLEGIO Y COMUNIDAD

Año V - Nº 5 - Agosto de 2015

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA MEDICINA BASADA EN LA AFECTIVIDAD SU ENTRAMADO



*Revista para el Dialogo Interdisciplinario
en los Procesos de Salud.*

Comisión de Educación Médica de Postgrado (CEMP)

**Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Santa Fe
1ª Circunscripción
Periodo 2015 - 2018**

Dr. Carlos Daniel Alico
Presidente

Dr. Daniel Raúl Rafel
Vicepresidente

Dr. Julio César Bedini
Secretario

Dr. Miguel Ángel Apodaca
Tesorero

Dr. José María Albrecht
Vocal

Director

Dr. Guillermo Kerz

Editores:

Dr. Arturo Serrano

Dr. Alejandro Manzur

Dr. Fernando Traverso

Dr. Miguel Ángel Nicastro

Editores Asociados Institucional

**Asociación de Ginecología y Obstetricia de Santa Fe
(ASOGISFE)**

Comité Editor

Dr. Arturo Serrano

Dr. Guillermo Kerz

Dr. Alejandro Manzur

Dr. Fernando Traverso

Dr. Miguel Ángel Nicastro

Secretaria

Mariana Montenegro

Comisión de Educación Médica de Post-Grado

Tel.: 0342 - 4520176 int. 219

Mail: marianam@cmsf.org.ar

Web: www.colmedicosantafe1.org.ar

Imagen de tapa

Tríada de Paciente, Médico y Farmacéutico. Siglo XVII.

Vista interior de una farmacia muestra el médico consultar textos médicos, un farmacéutico preparar una receta y un paciente que está siendo atendido por Hygeia (diosa patrona de la farmacia).

Asklepios, apoyado en un busto de Hipócrates, observa.



COLEGIO Y COMUNIDAD

**Revista para el Dialogo Interdisciplinario
en los Procesos de Salud**

Año V - N° 5 - 2015

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

MEDICINA BASADA EN LA AFECTIVIDAD

SU ENTRAMADO

Colegio de Médicos de Santa Fe

1ra. Circunscripción

0342 - 4520176

www.colmedicosantafe1.org.ar

SUMARIO

Editorial

05 Reflexiones sobre la Medicina Basada en la Evidencia

Dr. Miguel Nicastro

Artículo inédito

09 Un camino en busca de la salud: compartiendo saberes

Dra. María Belén Barbieri

19 El desarrollo del Autocuidado y la importancia para el Cuidador

Mgter. Melisa Angélica Lemus

Misceláneas

28 Para pensar

Dr. Miguel Bravo

Editorial

Dr. Miguel Nicastro

Reflexiones sobre la Medicina Basada en la Evidencia

Ensayo Controlado Aleatorizado (RCT): “Por primera vez en la Historia el método se volvió más importante que el resultado”. (Kaptchuk 1998)

En Setiembre de este año 2014 se realizó la 50ª Edición de la Reunión Anual de la Asociación Europea para el estudio de la Diabetes (EASD) allí en Viena, se debatió sobre el medicamento de primera línea para la Diabetes Tipo2 o sea la Metformina. Sintetizada en 1922, con su primer ensayo en 1957. Disponible en Europa desde 1960 y en USA solo desde 1995. La moción fue: ¿Existen suficientes evidencias para el uso de Metformina?

El director de la Unidad de Investigación sobre diabetes de Oxford argumentó que no está claro que haya suficientes pruebas para soportar el uso del fármaco.” Si estuviera claro no estaríamos teniendo este debate”, dijo.

Contra esta moción expuso el Profesor Lebovitz de la División metabolismo/diabetes de la Universidad Estatal de New York quien se

refirió a los trabajos que soportan el uso de Metformina entre ellos el de UKPDS de 1998 , pero reconoció que, desde este estudio no ha habido ensayos bien diseñados controlados aleatorizados(RCT) que midieran los resultados con Metformina. Todos fueron observacionales. “Esto genera hipótesis y se necesitan RCT para confirmarlos”. (1)

Si actuásemos como fundamentalistas de la MBE ¿no prescribiríamos Metformina a nuestros pacientes con DBT2? Por supuesto que hemos comprobado en nuestra experiencia que la Metformina funciona y muy bien, sin provocar hipoglucemia y aún útil para las alteraciones pre-diabéticas, aunque no supera a los cambios de estilo de vida en este sentido.

MBE: “Procesos sistemáticos destinados a descubrir, evaluar y utilizar hallazgos de investigación como base para decisiones clínicas”

El surgimiento de la MBE a comienzo de los años 90, se puede considerar como uno de los frutos de lo que se ha dado en llamar dominios tecno-biocientíficos. Los orígenes se remontan al movimiento de la “epidemiología clínica” anglosajona, iniciado en la Universidad Mc Master (Canadá) en los años ochenta. Este a su vez se fue aproximando paulatinamente a la medicina, hasta surgir con la denominación por la que se la conoce: MBE. Tres pilares la Clínica (Medicina es un término mucho más amplio) bioestadística e informática médica.

Hipertrofiando la alianza saber/poder. Homogeneizando y descalificando la participación de otras racionalidades médicas y

saberes legos. Fomenta la creación de expertos, especialistas.

¿La medicina basada en la evidencia cambia fundamentalmente la forma en que los médicos prueban sus tratamientos?

No esencialmente, pero ayuda a los médicos a tener una visión más amplia de los resultados clínicos y la práctica, y evita la tendencia de los profesionales a confiar demasiado en su propia experiencia limitada, que puede ser defectuosa debido a su insuficiencia numérica y recuerdos sesgados. Han sido desarrollados métodos de razonamiento y estadísticos y los que nos permiten tener una visión desapasionada de los resultados de una práctica médica determinada. La experiencia personal en la práctica médica tiene una fuerte influencia sobre las acciones futuras de un médico y muchos de nosotros fuimos orientados a seguir nuestros recuerdos y la experiencia de nuestros maestros.

Ante la abundancia de información, (un médico para actualizarse debería consultar alrededor de 20 artículos de trabajos originales diariamente todos los días del año) ayuda la publicación de meta-análisis para los grandes problemas de diagnóstico y tratamiento. Pero para la práctica diaria acceder a ellos llevaría mucho tiempo por lo que la memoria y el sentido común son los instrumentos que más se utilizan. Además hay sesgos en la mayoría de los trabajos que niegan lo que se llama “hipótesis nula” y solo se publican, en general, los resultados positivos; esto lleva a mucha confusión e incertidumbre. Más aún, en nuestros limitados países no se consiguen demasiadas evidencias locales sobre patologías determinadas, debemos contentarnos con aplicar resultados de culturas a veces tan distintas con hipótesis de investigación que

hasta nos parecen ridículas.

La evaluación crítica no es fácil practicarla y es escasa su enseñanza en las Facultades. Criticar trabajos de inmensos presupuestos, sostenidos por grandes corporaciones de la industria farmacéutica es una ímproba tarea que, los médicos en la lucha por la vida no pueden abordar.

La aplicación de nuestras habilidades clínicas y experiencias del pasado para identificar rápidamente el estado de salud y diagnóstico específico de cada paciente, sus riesgos individuales y los beneficios de posibles intervenciones, así como sus valores personales y expectativas; está en constante debate. Por valores del paciente entendemos” las preferencias, preocupaciones, y expectativas específicas de cada paciente en una visita clínica y deben integrarse en las decisiones clínicas dirigidas a servir al enfermo”. (2)

La MBE es la integración de las mejores evidencias de la investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente. Las nuevas evidencias de la investigación clínica invalidan tanto las pruebas diagnósticas aceptadas previamente como los tratamientos, y los reemplazan con otros nuevos, más potentes, más exactos, más eficaces y más seguros. Contribuye a la ética médica en su registro deontológico. Su contribución a los intentos por disminuir los márgenes de incertidumbre en las decisiones clínicas evitando los errores médicos no atribuibles a la negligencia, se ve opacada por la hipertrofia de la alianza saber/poder; homogeneizando y descalificando la participación de otras racionalidades médicas y

saberes legos. Fomenta la creación de expertos, especialistas y como nuevo paradigma no puede superar su carácter mercadológico como lema para la difusión (y venta) de modalidades de competencia especializada y de sus productos y/o tecnología.

Otra línea diferente es la Medicina basada en el Relato. A diferencia de este el enfoque de la MBE permanece evidentemente vinculado a las tradiciones de la razón científica. La práctica médica se ve como una disciplina directamente vinculada a las biociencias. Por ello la MBE se constituye como científica antes que artesanal, donde el maestro artesano se constituye como autoridad, perito en su especialidad. Evitar los riesgos de errores en decisiones basadas en intuiciones originadas en la experiencia acumulada, conferida solamente por la maestría en las “artes clínicas”.

En una relación médico-paciente adecuada, las conductas terapéuticas se elaboran en movimientos consecutivos. Primero con una consulta a la fuente de información que implica un análisis metodológico de su “**significación estadística**”, en el paso siguiente se analiza la evidencia disponible para evaluar la “**significación clínica**” de la medida que se ha de tomar (riesgo-costo-beneficio) y por último, pero no por ello menos importante, cómo se aplica esta información a la situación y la preferencia de cada paciente individual, que podría llamarse “**significación personal**”. (3)

Es esto último lo que no debemos olvidar, tal vez debamos repensar la MBE como Medicina basada en las personas y generar “intervalos de desconfianza” para no convertirnos en

seguidores de una creencia que nos salvaría de todos los problemas que se nos presentan en la práctica diaria.

Para interrumpir el círculo vicioso de “evidencia en función de la medicina y medicina en función de la evidencia” es necesario una práctica seria, responsable, apoyada por la evidencia accesible y aplicable a nuestro contexto y sin dudas, la relación con nuestros pacientes.

Bibliografía:

1 - European Association for the Study of Diabetes (EASD) 2014 Meeting. www.medscape.com

2 - Sackett DL, Strauss SE, Scott Richardson W, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. 2ª Ed. Barcelona: Ediciones Harcourt. 2001:1-2

3 - Doval H, Tajer C Evidencias en Cardiología. 1ª Ed. CABA :GEDIC, 2000: XXVII

Artículo inédito

Un camino en busca de la salud: compartiendo saberes

Dra. Barbieri, María Belén
Médica Residente

Residencia de Medicina General y Familiar
Reconquista, Santa Fe

Dr. Daveau, Alejandro Oscar
Medico

Especialista en Medicina General

Dra. Yoris, Gisela Natalia
Médica Residente

Residencia de Medicina General y Familiar
Reconquista, Santa Fe

Introducción

Esta investigación surge como producto de nuestra práctica médica diaria llevada a cabo en el CAPS de Guadalupe Norte y la Posta Sanitaria de barrio San Francisco, dependiente del CAPS de barrio Itati, centros que poseen en su área de influencia comunidades aborígenes. Esto nos hizo plantear el interrogante de saber si estas comunidades utilizaban otro sistema médico que no fuera el perteneciente a la biomedicina.

En primera instancia decidimos investigar sobre la historia de las dos etnias que conforman estas comunidades, para de esa manera indagar al respecto del concepto de salud – enfermedad – atención, compararla con el paradigma actual de salud y conocer las prácticas médicas tradicionales por ellos usadas. En segundo lugar delinear el itinerario terapéutico utilizado por los integrantes de la comunidad para el logro de la salud, dentro de éste localizarnos para tratar de objetivar el grado de calidad atribuido tanto al sistema médico tradicional como a la

biomedicina.

El objeto de esta investigación no solo nos lleva a conocer el hacer cotidiano de nuestra población, sino que la idea final es poder acercarnos a ella por medio de un dialogo abierto y sin prejuicios con la intención de compartir experiencias, saberes y de esta forma ir abriendo camino hacia una práctica médica que incorpore al sujeto desde su cultura e historicidad.

Objetivos

Objetivos generales:

- Conocer las patologías más comunes dentro de las comunidades en estudio y su tratamiento usando la medicina tradicional.

Objetivos específicos:

- Conocer métodos utilizados para el tratamiento de las distintas enfermedades dentro de la comunidad.

- Identificar el itinerario terapéutico de los individuos que forman parte de ambas comunidades. Definiendo itinerario terapéutico como el recorrido que realizan los integrantes de la comunidad para la consecución del tratamiento adecuado de su padecer, ya sea utilizando recursos propios, consulta con los distintos curanderos y la atención médica.

- Incorporar dentro de nuestra práctica diaria y desde la biomedicina alguno de los recursos empleados en ambas comunidades para el tratamiento de las enfermedades.

Marco teórico

Los grupos aborígenes americanos son los

sectores sociales que presentan las condiciones generales más negativas respecto del proceso de salud-enfermedad-atención, las tasas más altas de mortalidad general, mortalidad infantil en menores de 5 años y mortalidad materna entre otras. (OMS)

La esperanza de vida es la más baja, incluidas la de los denominados “marginales urbanos”. En la mayoría de los grupos aborígenes dominan las “patologías de la pobreza”, enfermedades infecto-contagiosas y no están ausentes las denominadas enfermedades emergentes.

En el contexto de una investigación sobre las prácticas médicas de las comunidades aborígenes asentadas en las localidades de Guadalupe Norte y barrio San Francisco de la localidad de Reconquista, durante el año 2010, realizamos un trabajo con el objetivo de descubrir las particularidades de la relaciones entre la medicina tradicional, desarrollada por determinados integrantes de estas comunidades, y la biomedicina, entendida esta última como la práctica llevada a cabo por los médicos de la localidad de Reconquista, formados científicamente dentro de universidades. Participaron habitantes de ambas comunidades, que hubieran recurrido tanto a la medicina tradicional como a la biomedicina. Se intento delinear el concepto de salud enfermedad, los itinerarios terapéuticos y el valor asignado hacia los distintos sistemas médicos y sus estrategias de resolución de salud.

La investigación se llevo a cabo, como antes nombramos, tanto en la localidad de Guadalupe Norte, situada a 25 km de la ciudad de Reconquista, donde se trabajo con una

comunidad enteramente aborígen, formada por dos etnias, tobas y mocovies, que conviven en un asentamiento localizado a 1 km del centro de la localidad; como en el barrio San Francisco, situado a unos 5 km en las afueras de la ciudad de Reconquista, donde conviven tanto aborígenes, tobas y mocovies, como criollos.

Las comunidades estudiadas se encuentran ubicadas una (Guadalupe Norte: Pig-Nic) en zona rural donde las condiciones del medio ambiente favorecen la agricultura y la ganadería, la otra (barrio san francisco) se localiza en las inmediaciones del basural municipal de la localidad de Reconquista, siendo este lugar el que provee la principal actividad laboral de los integrantes de esta comunidad.

Al buscar información para conocer el comportamiento a lo largo de la historia de estos dos pueblos originarios, podemos ver que la comunidad Toba vive, en su mayoría, en el monte, sin ser propietarios de las tierras que ocupan, salvo por unos pocos que tienen títulos; constituyen comunidades rurales o urbanas con sus líderes tradicionales o comisiones vecinales, asociaciones comunitarias, cuyos miembros son elegidos por la comunidad. Cultivan pequeñas parcelas, son peones temporarios en los algodones, obreros, aserraderos, hornos de ladrillos y carbón o empleados municipales en los pueblos. Ocasionalmente cazan, pescan y recolectan frutos y miel silvestre si las condiciones lo permiten. Hablan su lengua, hacen artesanías de barro, de palo santo, tejidos de fibras vegetales, conservan algunos bailes y cantos y suelen acudir al pio'oxonaq para ser curados. Por otro lado los Mocovies viven, por lo general en caminos abandonados, en campos trabajando como

peones, y en los barrios periféricos de las ciudades. La pérdida de la tierra trajo aparejado la destrucción de su antigua organización. Muchos viven dispersos y otros conforman comunidades con identidad propia en la periferia de las ciudades o en las zonas rurales. Trabajan de peones rurales, hacheros, cosecheros, empleados en aserraderos o municipios. Los que cuentan con un pedacito de tierra realizan mini-cultivos de algodón, hortalizas, maíz, etc. Algunos hacen artesanías que malvenden o cambian por ropa usada. Carecen de protección laboral y social. A pesar de la aculturación se identifican como mocovies con sus formas de ser, pensar y hacer. Muchos hablan su idioma aún, y actualmente hay un fuerte movimiento de recuperación cultural.

La relación de estas sociedades con la economía y políticas locales fueron llevando a transformaciones de sus estrategias económicas de subsistencia, expresando de esta forma una disyuntiva entre una economía mercantil y una de subsistencia. De esta forma la situación de salud de estas comunidades se va a desarrollar en un marco social, donde condiciones como la precariedad de la subsistencia han modificado los valores de dicha sociedades, dificultando la transmisión de conocimientos tradicionales y prácticas médicas autónomas, que llevarán a la dependencia de las pautas de salud propias del sistema biomédico.

Comenzaremos entonces por definir que es salud y que es enfermedad dentro de la biomedicina y la medicina tradicional aborígen. Y a partir de esto, conocer cuáles son las situaciones de enfermedad más comunes dentro de las comunidades, cuáles son sus itinerarios terapéuticos y que métodos utilizan dentro de su propia comunidad para

lograr el restablecimiento de la salud.

Concepto de salud - enfermedad: La OMS define a la salud como completo estado de bienestar físico, mental y social, desde el marco interpretativo del pensamiento sanitario amplio más allá del marco de lo físico o psicológico. Esto incluye los aspectos mentales y sociales, lo que colabora a la mayor y mejor comprensión del proceso salud-enfermedad.

Enfermedad: alteración estructural o funcional que afecta negativamente el estado de bienestar.

La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. O sea que se crea una idea de acción frente al conflicto, por ello decimos que la salud nunca es la misma, como tampoco lo es la sociedad.

“Actualmente las corrientes dominantes dentro de la epidemiología (aspecto biotecnológico) y en la antropología médica (aspecto social) se reconoce la multicausalidad de la mayoría de los problemas de salud, como fue descripto anteriormente en la definición de salud dada por la OMS, y ambas cuestionan colocar en un solo factor la explicación causal de dicho problema. Las dos disciplinas suponen la existencia de algún proceso de evolución del proceso salud-enfermedad-atención, en el caso de la epidemiología puede referirse al modelo historia natural de la enfermedad y la antropología médica se refiere a la propuesta constructorista, que considera que el padecimiento constituye un proceso social e

histórico que debe ser reconstruido para poder comprender los significados actuales de éste, no solo para la población sino también para el equipo de salud. Otro punto a tener en cuenta es que ambas disciplinas reconocen que las condiciones de vida tienen que ver con la causalidad, el desarrollo, el control o la solución de los problemas de salud.” (Eduardo L. Menéndez, Estudios sociológicos 1998).

Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas, y refleja un concepto más holístico de la salud. Los pueblos aborígenes tienen un concepto similar de la salud, pues el bienestar es la armonía entre los individuos, las comunidades y el universo.

La medicina tradicional aborígen es la medicina propia de un pueblo y su cultura, es la que más allá de la salud asistencial y la enfermedad del cuerpo, intenta reequilibrar los aspectos observables afectados como los de índole espiritual. El sistema terapéutico de esta medicina se construye de acuerdo con las características culturales de los grupos.

En los pueblos aborígenes si uno se enferma, enferma toda la familia, por ello la enfermedad y la salud se definen en un sentido social. Para realizar acciones es necesario entonces, restituir la armonía perdida recurriendo a las propiedades medicinales de las plantas. Es por esto que el rol del médico tradicional es mantener el equilibrio de la salud, que significa, más allá de la atención curativa, el equilibrio entre naturaleza, cuerpo y espíritu.

Los sistemas curativos tradicionales y la atención biomédica occidental coexisten en todas las regiones del mundo, pero los sistemas tradicionales tienen una función particularmente vital en las estrategias curativas de los pueblos aborígenes. Según las estimaciones de la OMS, al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria.

Durante buena parte del s. XX, médicos y antropólogos han compartido la noción de medicina popular, tradicional. Con este concepto coincidían en describir los recursos que el campesinado europeo o latinoamericano empleaba para resolver sus problemas de salud al margen de los profesionales de la salud, o las prácticas de salud de los aborígenes en distintas partes del mundo con un especial énfasis en sus conocimientos etnobotánicos. Estos últimos, son fundamentales para aislar alcaloides y principios activos farmacológicos. Los médicos no pretendían con el concepto de medicina popular construir un concepto antropológico, sino un concepto médico que les fuese útil para establecer, con bases científicas, los límites culturales de la biomedicina. La medicina popular - también como medicina tradicional era para ellos un rasgo cultural particular específico de algunos grupos humanos distinto de las prácticas universales de la biomedicina.

Las prácticas mágico-curativas de culturas antiguas son conocidas como “chamanismo”. Autores como Mircea Eliades definen la especialidad del chaman como el dominio de la técnica arcaica del éxtasis, y su especificidad consiste en el trance como medio utilizado por el

chaman (yerbatero-curandero) para que su alma abandone el cuerpo, y así poder diagnosticar y curar al enfermo. En la actualidad la práctica curativa no está libre de la influencia de creencias y técnicas derivadas de las innovaciones culturales. Sin embargo los curanderos son los “elegidos”, los que tiene entrada a la zona de lo sagrado.

La biomedicina ha tenido una trayectoria a lo largo de la historia, en la cual, el desarrollo de las técnicas en los tratamientos van de la mano con los avances científicos occidentales, los cuales se orientan en la búsqueda de relaciones comprobables de causa-efecto. Su base es una visión mecanicista del cuerpo, por lo que la enfermedad es producida por agentes infecciosos o un mal funcionamiento fisiológico. Se caracteriza por ser aliada de la razón científica y por ser validada por el método científico.

“La biomedicina suele ver las representaciones y prácticas de la población como factores que inciden desfavorablemente sobre su salud; la perciben como un saber básicamente a modificar. Lo primero que se debe recuperar es que todo grupo social ajeno a su rango de educación formal, genera y maneja criterios de prevención para los padecimientos que real o imaginariamente afectan su salud... El principal objetivo médico debería ser la descripción y el análisis de los significados de los saberes preventivos de los grupos, para trabajar a partir de los mismos. “(Eduardo L. Menéndez, Estudios sociológicos, 1998).

Para analizar el proceso de salud-enfermedad-atención, se debe tener en cuenta los procesos a nivel del sujeto y/o del grupo del que forma parte, y además los procesos que ocurren

simultáneamente en la sociedad y la cultura, sin obviar la individualidad de las personas que conforman dicha sociedad.

Las representaciones socio-culturales son la articulación entre el sujeto y la enfermedad como fenómeno biológico y las significaciones socio-culturales de ésta.

Este proceso involucra también a las relaciones entre los sujetos-grupo con los curadores (“saber médico”), ya que estos contribuyen a resignificar el padecer y posibilita al sujeto enfermo y a su grupo la producción de algún tipo de saber. Es por esto que se considera al proceso de salud-enfermedad-atención, como un hecho histórico, social y cultural en el que los conjuntos sociales generan acciones, tecnologías, y a partir de las relaciones se construyen y reconstruyen las prácticas y las representaciones, no sólo sobre el padecimiento, sino también se instituyen prácticas profesionales. La biomedicina es una forma institucionalizada de atención de la enfermedad que utiliza una concepción biologista del cuerpo, de la enfermedad y de la salud, aún reconociendo la multicausalidad en la producción de la enfermedad.

Material y métodos

Tipo de trabajo: Estudio cualitativo

Material:

- Entrevistas individuales
- Entrevistas a informantes claves.

Metodología:

- Investigación acción crítica reflexiva.

Lugar de realización: comunidad aborigen Pignic de la localidad de Guadalupe Norte, provincia de Santa Fe, y comunidad aborigen asentada en barrio San Francisco de la ciudad de Reconquista,

provincia de Santa Fe, año 2010.

Resultados

La forma de concebir la enfermedad según las causas, va a depender del modelo médico en el cual se muevan los integrantes de una sociedad, y solo logra entenderse una vez que comprendemos la forma de relacionarse los individuos con el entorno. Es por este motivo, que a partir de las distintas formas de concebir y comprender las enfermedades y las dolencias, las personas que forman parte de estas dos comunidades aborígenes, recurren a los distintos sistemas médicos.

A lo largo de las entrevistas analizadas en ambas comunidades pudimos notar que existen dos grandes grupos de enfermedades, el primero corresponde al orden de lo biológico y en su mayoría son enfermedades gastrointestinales y respiratorias; y un segundo grupo compuesto por las enfermedades de orden espiritual, de las cuales la más destacada es la denominada enfermedad del susto.

Las enfermedades y su tratamiento

Dentro de las enfermedades de orden biológico las patologías gastrointestinales son aquellas relacionadas con el dolor abdominal en los adultos y las gastroenteritis en los niños. En cuanto al dolor abdominal, según lo que relatan los distintos individuos, estos pueden ser a causa de un cólico hepático o biliar (conceptos de la biomedicina), y aquellos relacionados con la constipación, vinculándolos en general, cualquiera de ellos, con las transgresiones alimentarias.

Durante la entrevista surgió que el tratamiento inicial es realizado en el domicilio e indicado, en

general, por uno de los integrantes de la familia, quien ha heredado estos conocimientos a través de generaciones anteriores. En general, lo más utilizado para el tratamiento de estas enfermedades son las infusiones caseras, y estas se elaboran con hierbas que crecen en el espacio donde ellos habitan. Las hierbas más utilizadas son *malva* y *menta* que sirven tanto para el tratamiento de la constipación, como purgante, ya sea sola o combinada en una misma infusión, como para el tratamiento del cólico biliar. Otra de las hierbas utilizadas para el tratamiento de la constipación son la hoja de *yerba lucero* y la *hoja durazno*, también como un purgante de tipo natural.

Respecto a las gastroenteritis en los niños la mayoría lo define como diarrea (deposiciones líquidas) y/o vómitos, y en general lo relacionan con un agente causal de tipo infeccioso. Dentro de este grupo de enfermedades, existe una entidad denominada “pata de cabra”, esta enfermedad estaría producida por un agente infeccioso que ellos denominan *gusano*; refieren que lo transmite la madre al niño, durante la gestación, y que esta lo contrae durante el embarazo por consumir grandes cantidades de azúcar. Cursa con un período de gastroenteritis que, si no es tratado a tiempo, permitiría que el agente se aloje en el sistema nervioso central, previo ascenso por la columna vertebral, produciendo primero un estado confusional y luego la muerte del niño, hecho por el cual, es considerada una enfermedad muy grave. Esta enfermedad, en particular, se considera que no puede ser curada por los médicos de la biomedicina, por lo que luego de intentar su cura por las prácticas caseras, en general el niño es llevado a un “yerbatero-curandero”, quien sería el único con la capacidad

para curar esta enfermedad; el tratamiento consistiría en colocar en la espalda del niño una hoja de yerba buena y sobre esta un cuchillo acompañado de una oración, que no es revelada, produciendo la muerte del gusano o parásito.

Por otro lado una de las hierbas utilizadas para las gastroenteritis en los niños es la *manzanilla*, con la cual se realiza la hidratación. Y para el tratamiento de las parasitosis en general, utilizan infusiones con *palo amarillo*.

Las infusiones caseras, con las hierbas antes nombradas, son utilizadas en general en niños grandes, para los más pequeños y lactantes utilizan otros métodos, como por ejemplo, las *cenizas tibias* frotadas sobre el abdomen del bebe.

En cuanto a las enfermedades respiratorias las patologías más frecuentes son las relacionadas con cuadros pulmonares obstructivos y los que comprometen la vía aérea superior, uno de los tratamientos consiste en la elaboración de un ungüento a base de aceite y alcohol, que se frota sobre el pecho y la espalda del enfermo con el objeto de “abrir” el pecho y la vía aérea superior. Otros métodos son el uso de vapores con agua, sal y cebolla o *eucalipto* con el mismo objetivo, y la elaboración de los denominados *quemadillos*, que son mezcla de miel, aceite y alguna hierba, como puede ser *malva*, *aromito*, etc., que se ingieren a manera de infusión.

Otro dato que surgió solapado durante las entrevistas fueron los métodos utilizados para la planificación familiar, si bien la mayoría de las mujeres de ambas comunidades, utilizan algún método anticonceptivo ofrecido por los médicos en los diferentes centros de salud, combinan el

uso de éstos con prácticas que con anterioridad eran usadas como método único de anticoncepción, la práctica más utilizada, según refieren la mayoría de las mujeres de la comunidad, es el uso de una infusión casera elaborada con la *carqueja*, que debe ser ingerida cinco a seis días antes de la supuesta fecha de menstruación.

Por otro lado surgieron las enfermedades considerados por los aborígenes, de orden espiritual, y se refieren a situaciones donde el individuo sufre una descarga emocional intensa. Entre ellas la más nombrada es la llamada “enfermedad del susto”, que se produce cuando una persona se asusta al ver un suceso extraño en la vida cotidiana y el “ánimo” (alma) de la persona se “sale” del cuerpo, quedándose en el lugar donde ocurrió el evento, y esto se traduce en problemas de concentración en sus tareas diarias, insomnio (mal dormir), y espasmos. El tratamiento consistiría en el uso de *cenizas tibias* que se colocan en forma de cruz sobre la frente del enfermo.

El camino en búsqueda de la salud

Generalmente cualquier dolencia, como hemos dicho anteriormente, se trata en forma doméstica con las hierbas o elementos al alcance. Si el síntoma persiste se recurre al curandero o al centro de salud, dependiendo de las valoraciones de la persona.

Durante el relato surgió que a pesar que en ambas comunidades existe un curandero claramente identificado, la mayoría de los integrantes de la comunidad, por lo general, realizan sus consultas con curanderos que se encuentran fuera de la comunidad, y que no pertenecen a ninguna de las dos etnias. En la localidad de Guadalupe Norte

concurren a visitar al curandero, que en este caso es una mujer, y vive en el centro de la localidad, y si ella no puede resolver el problema se dirigen a localidades vecinas. En cuanto a la comunidad de barrio San Francisco ellos consultan a varios curanderos reconocidos socialmente de la ciudad de Reconquista, y que no se vincula con la comunidad; las personas de esta última, en determinadas ocasiones buscan la ayuda del curandero de la comunidad Pic-Nic de Guadalupe Norte. Con este último logramos entrevistarnos, nos encontramos con un anciano de 80 años, perteneciente a la etnia Mocovíes, conocido en la localidad y localidades vecinas con el nombre de Mattoli, hombre de hablar pausado que nos recibió amablemente en su hogar y charló sobre sus experiencias con nosotros. Durante la entrevista nos dejó saber que atiende a innumerable cantidad de personas que acuden a él con dolencias que, en general, no pudieron solucionarse en otras instancias, estas personas en su mayoría de clase media alta, que no pertenecen a las comunidades. Al preguntar cuáles eran las enfermedades más frecuentes por las que es consultado, nos comentó que se trataba de enfermedades de carácter grave y que no encontraron cura dentro de la biomedicina, dentro de ellas la más frecuente era el cáncer. Cuando indagamos los métodos que utilizaba para curar, con recelo nos comentó con escasos detalles que, a través de la oración y, en conexión con Dios, él lograba saber que necesitaba esa persona en particular para lograr la salud, y que el tratamiento en sí era diferente para cada enfermo. También nos informó sobre el hecho de que no utiliza ningún tipo de hierba para tratamiento, ya que estas nacen de la tierra que en la actualidad fue contaminada por el hombre y por tanto contribuyen a perpetuar la enfermedad.

Al final del camino, encontramos la atención brindada por la biomedicina, que en general llega en último lugar para el logro de la salud. Las enfermedades que llegan al campo de nuestro saber particular son casos que no han podido ser resueltos en el ámbito doméstico o por los representantes de la medicina tradicional, agravándose al punto en que se decide buscar otras soluciones a los requerimientos en salud.

Como pudimos ver cuando hablamos de itinerarios terapéuticos, nos referimos a los patrones de conducta de las personas en los episodios de enfermedad y a la búsqueda de la salud, en el cual influye lo que se percibe como enfermedad, la eficacia y el prestigio que se atribuyen a las tradiciones médicas presentes en el lugar, las posibilidades de acceso económico y geográfico a los distintos sistemas médicos, los costos – beneficios percibidos por la familia y el consultante, y por último la relación social y cultural con los agentes de salud involucrados.

Propuestas y discusión

Nuestro propósito fue adentrarnos en el conocimiento de la cultura de estas dos comunidades, para intentar identificar tanto el concepto de salud – enfermedad – atención, como las estrategias de salud que utilizan los integrantes de estas.

Durante las entrevistas realizadas de manera individual a distintos personajes claves de las comunidades, al indagar sobre si existía una definición propia respecto de los conceptos de salud y enfermedad, todos identificaron a la salud como un “estar bien”, ya sea en lo orgánico (no padecer ningún tipo de dolencia), como un estar

bien en la familia, el trabajo y otros tipos de relaciones, coincidiendo esto con lo que se expresó dentro del marco teórico en el cual se expuso que los aborígenes consideran a la salud como un estado de equilibrio en todos los aspectos de la vida de la persona.

Las enfermedades que en general producen mayor preocupación a las personas de estas comunidades, pertenecen en su mayoría a entidades de orden biológico y dentro de estas las más frecuentes son los cuadros gastrointestinales y respiratorios. Estas patologías desde el inicio comienzan siendo tratadas en el domicilio del enfermo, por medio de la aplicación de saberes heredados por alguno de los integrantes de la familia. El tratamiento consiste, por lo general, en el uso de hierbas que obtienen de su propio cultivo. Lo que llamó nuestra atención, fue el hecho de que existiendo un curandero-yerbatero dentro de ambas comunidades, la mayoría de las personas concurren a consultar a gente que vive fuera de la comunidad y que, por otro lado, no pertenece a ninguna de las dos etnias que componen nuestra población. Esta situación nos lleva a plantearnos el hecho de que exista cierto pudor o reserva sobre la confidencialidad de la situación, o también el grado de credibilidad puesto en cada sistema de atención médica. Un punto a resaltar es que todos o casi todos concurren al CAPS y posta sanitaria en busca de la opinión de los médicos que allí trabajan, en algún punto de la evolución de la enfermedad. Esto último constituye uno de nuestros puntos fuertes o ventajas, porque como equipo de salud nos coloca muy cerca de la cotidianidad de estas poblaciones, nos permite acercarnos a ellos, y tomar algunos de sus saberes para incorporar dentro de nuestra práctica diaria, otorgándoles

participación e importancia a la historicidad que con la que llegan a nosotros. Un punto débil dentro de esta investigación sería que no logramos entablar diálogo con todos los integrantes de la comunidad, relacionado esto, creemos, con el hecho de que las comunidades aborígenes tienen como característica común el no compartir de entrada con las personas que no pertenecen a ésta, sus vivencias, creencias y saberes.

Solo resta por agregar que este trabajo constituye en esfuerzo y un objetivo que nos planteamos como equipo de salud, ya sea por comprender las prácticas médicas de estas comunidades, desmitificarlas dentro de nuestro campo de conocimiento, e incorporarlas, para trabajar a partir de las mismas.

Bibliografía

Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. Andrea Chamorro y Constanza Tocornal. Estudios atacameños n°30, pp. 117-134 (2005).

Medicina Puneña: una lógica de lo colectivo para amarrar el alma. Diana Braceras.

Eliade Mircea. El chamanismo y las técnicas arcaicas de éxtasis. Fondo de cultura económica, México, 1992. (Título original: Le Chamanismo et le Techniques Arcaiques de la l'Extase, 1998. Payot, Paris.

Argentina indígena: INCUPO.org.ar (Instituto de cultura popular).

Sobre el concepto salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Pedro Luis Castellanos. Cuadernos médicos sociales n°42, 1985.

Estilos de vida, riesgo y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Eduardo L. Menéndez. Estudios sociológicos XVI (46), 37-67, 1998.

Laurell CA. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales. 1986;37:3-18.

Almeida-Filho N. Por una etnoepidemiología. Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico. Cuadernos Médico

Sociales. 1992;61:43-47.

Martínez Sarasola, Carlos. Nuestros paisanos los indios. Vida, historia y destino de las comunidades indígenas en la Argentina. Emecé, Buenos Aires, Argentina., 1998.

Mgter. Lemus, Melisa Angélica (*)

El desarrollo del Autocuidado y la importancia para el Cuidador

Resumen

El objetivo de este artículo es ofrecer de manera breve y sintética algunos conceptos fundamentales en relación al Autocuidado, pero también algunas recomendaciones para revisar las prácticas actuales para mejorar la calidad de vida. Este artículo considera dos premisas importantes, la salud es un concepto que debe trascender más allá de la ausencia de enfermedad, corresponde a un bienestar en todas las condiciones y dimensiones de la persona, en este caso con especial atención al equilibrio de la Salud Mental. En especial prevenir el Burnout o Síndrome del Quemado. Y como segunda premisa: la salud es un tema que nos compete a todos. Por lo que velar por nuestra salud integral también es un derecho y una responsabilidad. Por ello se presenta al Autocuidado como una herramienta fundamental para el Cuidador, dirigido especialmente a los lectores de la Revista.

Introducción

Muchas veces hemos escuchado la frase “Mens sana in corpore sano” sino en su idioma original

(latín) seguramente en su traducción al español “Mente sana en cuerpo sano”. Esta pequeña pero contundente frase nos hace reflexionar sobre la necesidad de mantener un equilibrio entre cuerpo y mente, para hacer nuestras tareas diarias.

He trabajado como Psicóloga Clínica desde hace siete años, y durante tres de ellos, dentro de un grupo multidisciplinario de médicos, enfermeros y nutricionistas. Todos como equipo que nos une un denominador común: el cuidado del bienestar del otro. Pero este artículo no tiene como finalidad abordar al otro, sino al Cuidador. Por lo que surge la pregunta principal: ¿Cómo es el autocuidado del médico? Y podrían venir otras preguntas secundarias ¿Existe la práctica del autocuidado? ¿Puedo reconocer las señales de alerta? ¿Conozco mis límites? ¿Hace cuánto fue la última vez que hice algo para autocuidarme? Y así podrían venir muchas otras.

¿Qué es el autocuidado?

Empecemos con lo primero, ¿Qué se entiende por autocuidado? Son una serie de acciones que permiten mantener la vida y la salud. Estas acciones o estrategias no nacen con el individuo, sino que deben aprenderse. Importante enfatizar, que éstas dependen de las costumbres, las creencias y las prácticas habituales del grupo al que pertenece el individuo. Dónde por supuesto la familia, en especial los progenitores, la comunidad y la sociedad, junto a su propia idiosincrasia juegan un papel fundamental, tanto en las creencias como en otro concepto importante la autoestima.

En las primeras etapas hasta la adolescencia, la interacción con los progenitores, los profesores y los pares es crucial para su aprendizaje. Los progenitores influyen en el aprendizaje de los niños al participar en su educación, motivarlos

para los logros y transmitirles actitudes hacia el aprendizaje y por ende también a la relación que tendrán consigo mismos a lo largo de su vida. Al ser niños y adolescentes, es claro que se depende de los padres o cuidadores primarios. Puede darse el caso que los padres o cuidadores no pueden proveer a sus hijos de esta motivación, ya que ellos mismos, fueron hijos con padres ausentes y con situaciones de vida complejas, por lo que carecen de un modelaje de cómo acompañar a sus hijos, en otras palabras, no cuentan con los recursos para dar este tipo de acompañamiento. Por eso se dice que el Autocuidado se aprende, quizá no recibimos un modelo en casa, pero lo podemos generar.

Los conceptos y expectativas que se reciben de los otros, entiéndase el maestro, catedrático, el jefe, los compañeros, pueden tener una firme influencia, especialmente en quienes obtienen logros insuficientes y la interacción con los pares favorece el desarrollo de diferentes habilidades. En el caso de los cuidadores dentro del ámbito de la Salud, es claro que el nivel de exigencia y presión dentro del ejercicio de la práctica es muy fuerte. Otra razón más para velar por nuestro Autocuidado.

El desarrollo de la personalidad. Otro elemento para el autocuidado.

En la niñez y adolescencia aún no se ha definido completamente la personalidad e incluso a pesar de ser adultos y desarrollarse en el ámbito laboral, no necesariamente es indicador de tener definido su autoconcepto. De acuerdo a Erickson, citado por Papalia et al. (2005), la principal fuente de autoestima es la visión que tienen las personas de su competencia productiva. Esta es la “virtud” que se desarrolla mediante la resolución de la crisis

intermedia, suficiencia frente a inferioridad. Además, muchas personas en sus años escolares han internalizado la vergüenza y el orgullo, dependiendo de este desarrollo psicosocial pueden comprender y controlar mejor sus emociones negativa, así como aprenden a aumentar la empatía y el comportamiento prosocial.

El grupo de pares es cada vez más importante, a medida que se aumenta de edad cronológica, generalmente compuestos por personas similares en edad, sexo, etnicidad y condición socioeconómica, que comparten intereses y hobbies. El grupo de pares tiene como función desarrollar las habilidades sociales, les permite probar y adoptar valores independientemente de sus progenitores, les concede un sentido de pertenencia y les ayuda a desarrollar su autoconcepto. Y acá entrará un nuevo factor, el autoconocimiento. A veces se desarrolla con facilidad y se es sensible a las necesidades propias, poner límites sanos y relacionarse con la distancia suficiente para no sobrecargarse. En otros casos, desde la adolescencia, siempre se vivirá al límite, como decimos popularmente al filo de la navaja, dejando a su “yo individual” en último lugar y tratando de complacer a los otros.

Las presiones de la vida moderna, hacen que muchos jóvenes experimenten una niñez breve y angustiosa. Ellos suelen preocuparse por la escuela, la salud y su seguridad personal. Los niños flexibles son más capaces que otros de soportar el estrés. Los factores de protección relacionados con la capacidad cognitiva, las relaciones familiares, la personalidad, el grado de riesgo y las experiencias de compensación se asocian con la flexibilidad. Y así también con la capacidad de

autocuidarse, adaptarse a las situaciones, pero con límites sanos, tanto con actividades como con personas.

En este contexto, hay muchas cosas más de que preocuparse, la violencia doméstica, la delincuencia, las drogas, el alcohol, la prostitución, la pobreza, las enfermedades por la contaminación ambiental. Es un sistema desfavorable para un desarrollo “normal”. Sin embargo, esta población cuenta con fortalezas, de lo contrario, no saldrían adelante, por ello entre más pronto se introduzca el concepto de autocuidado, se puede trabajar con esas fortalezas para potencializarlas. Un tema interesante acá es la capacidad de Resiliencia, pero quizá este sea un tema para otro artículo en el futuro.

Según Martínez (2005) la familia es la institución social más antigua de la humanidad, donde el ser humano se forma, se siente protegido y cuidado. Para los niños, la familia es un ejemplo y un espacio ideal para su aprendizaje. Tiene la responsabilidad de brindar a sus miembros, la oportunidad de desarrollar su personalidad y de enriquecerla; y la función de satisfacer las necesidades afectivas y físicas de sus componentes. Además, debe estimular la adquisición de la identidad individual y psicosexual de sus miembros, y establecer patrones positivos de relaciones interpersonales. Debe promover la socialización, el aprendizaje y la creatividad. La familia es el grupo social básico, creado por vínculos de parentesco o matrimonio, presente en todas las sociedades.

La familia recoge, ampliamente, las emociones, pensamientos y juicios de su contexto social; al mismo tiempo, proporciona a la sociedad emociones y puntos de vista; pero, de ella no sólo

parten sentimientos elevados y opiniones avanzadas; en ella se anidan, a veces, ideas, conservadoras, las cuales no introducirán por sí solas un concepto tan moderno como el Autocuidado. Es un deber de la familia proporcionar un terreno de entrenamiento protegido, en el cual el niño aprenda a vivir como miembro de esa sociedad en miniatura, en la que se adquieren los hábitos de conducta social que pueden persistir durante toda la vida. Al principio, el niño depende, completamente, de sus padres, sobre todo de la madre, pero más tarde necesita y exige que se le dé más independencia y posibilidades de autocontrol de sus acciones, sin embargo, la familia nunca pierde su importancia para el ser humano, por eso su rol es de acompañamiento y de una libertad progresiva que vaya alimentando la responsabilidad y asumir el control de la vida en la etapa de adultez. Entonces, es dentro de una familia que los niños y niñas obtienen su bienestar emocional y físico, viven su infancia plenamente y son preparados para el futuro.

Según Papalia et al. (2005), para comprender al niño en la familia se debe considerar el entorno familiar, su atmósfera y estructura. Según los describe la teoría de Bronfenbrenner, los niveles adicionales de influencia, incluyendo el trabajo y la condición socioeconómica de los progenitores y las tendencias sociales como la urbanización, los cambios en el tamaño de la familia, el divorcio y las nuevas nupcias, ayudan a dar forma al entorno familiar y por tanto al desarrollo de los niños. Las influencias más importantes del entorno familiar sobre el desarrollo de los niños provienen de la atmósfera en el seno del hogar. Aunque los niños en edad escolar pasan menos tiempo en su hogar que antes, los padres continúan siendo muy

importantes en sus vidas. Aquellos que disfrutaban la compañía de sus hijos, suelen criar niños que se sienten bien respecto a sí mismos y respecto a sus padres.

A pesar de que la familia es fundamental para la formación del niño en la sociedad, en el mundo actual hay cada vez más niños y niñas privados de sus padres o si la tienen, éstos no han sabido suplir apropiadamente las necesidades del niño. Sus condiciones de vida se ven cada vez más deterioradas y la falta de apoyo que se les brinda son una gran preocupación. Dicha problemática puede afectar de manera significativa la autoestima del niño, ya que no solamente se le priva al niño del cuidado especial de sus progenitores sino de todas las funciones que debería de proporcionar una familia, tales como: brindar afecto, garantizar seguridad, servir de ejemplo, estimular la identidad individual, desarrollar la identidad psicosexual, fomentar la capacidad de adaptación, incrementar la socialización, aliviar las tensiones, ampliar el aprendizaje y la creatividad (Martínez, 2005).

Según el diagnóstico realizado por González (2009), esta población al enfrentarse a una nueva experiencia, pareciera que lo que experimentan es angustia, la cual no les permite adaptarse. Según Sue, Sue y Sue (1994) todas las personas se han sentido ansiosas alguna vez; un examen, una competencia deportiva, una reunión con una persona importante y la preocupación respecto a una nueva relación, pueden provocar sentimientos de aprehensión. La ansiedad puede dar la energía para salvar obstáculos y desempeñarse de manera más eficaz. Así, con moderación, la ansiedad puede tener algunas funciones positivas. Como por ejemplo,

identificar cuanto es el momento para implementar una estrategia de Autocuidado o cuando poner un límite sano. La ansiedad, en contraste, es más global y está más orientada hacia el futuro, y se refiere a un estado en el que un individuo se muestra aprehensivo, tenso e incómodo en exceso, acerca de la posibilidad de que algo terrible suceda. La ansiedad tiene componentes cognoscitivos y afectivos. La ansiedad se vuelve una fuente de preocupación, cuando alcanza un nivel tan intenso que interfiere con la habilidad de funcionamiento en la vida diaria, y la persona entra en un estado desadaptado caracterizado por reacciones físicas y psicológicas extremas.

Por ello la invitación a la Reflexión sobre el autocuidado. Como adulto soy responsable de mí, quizá en mi niñez no obtuve el suficiente cuidado, pero ahora como adulto yo puedo trabajar por vencer los factores adversos y llevar mi vida con una calidad de vida, sin desgastes insanos.

Sarason y Sarason (1996) definen el término ansiedad como un sentimiento de miedo y aprensión confuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos. Por otro lado, Sue et al. (1994) consideran que la ansiedad se manifiesta de tres maneras: cognitivamente (en los pensamientos de una persona), conductualmente (en sus acciones) y somáticamente (en las reacciones fisiológicas o biológicas). Las manifestaciones cognitivas de la ansiedad pueden ir desde una preocupación leve hasta el pánico. Las formas graves pueden llevar a la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), una preocupación por peligros desconocidos o temores de perder el control

sobre las funciones corporales. Y es acá dónde el aprendizaje del Autocuidado es vital. Puedo desarrollar prácticas sanas para no sufrir de ninguno de estos síntomas. Las características de la ansiedad incluyen sentimientos de incertidumbre, desamparo y excitación fisiológica. Una persona que experimenta ansiedad se queja de sentirse nerviosa, tensa, aprensiva e irritable. Con frecuencia, tiene dificultad para conciliar el sueño por la noche. Cada vez hay más evidencias que las personas que padecen trastornos de ansiedad son demasiado sensibles a las señales de amenaza. Estos individuos pueden mostrar un alto grado de sensibilidad, vigilancia o prontitud para responder ante las amenazas (Litz y Keane, citados por Sarason y Sarason, 1996). Por ello es importante que las estrategias de Autocuidado se incorporen en tempranos momentos, para saber lidiar con las cargas del trabajo en los Cuidadores de la Salud y que no se complejice con un trastorno de ansiedad, así sea de episodio único.

Según Halgin y Krauss (2003), las personas que padecen trastornos de ansiedad se encuentran incapacitadas por sentimientos intensos y crónicos de ansiedad, sentimientos tan fuertes que los hacen incapaces de funcionar en la vida diaria. Su ansiedad es desagradable y les dificulta disfrutar de muchas situaciones ordinarias; pero además, tratan de evitar las situaciones que los hacen sentirse ansiosos. Como resultado pueden perderse de oportunidades para disfrutarse a ellos mismos o de actuar en su propio beneficio. La preocupación, el terror, el pánico, el miedo y la irritabilidad son componentes emocionales de la ansiedad, y a su vez alertas para el síndrome del Burnout, del cual hablaré más adelante. Los síntomas conductuales son las manifestaciones

más claras de la ansiedad. La evitación es el síntoma más característico. No es extraño que les cueste mantener la atención, que se distraigan fácilmente y que parezcan incansables. Cuando una persona observa su entorno continuamente en busca de posibles peligros, es difícil que se concentre y esté quieto.

Los síntomas cognitivos reflejan la forma en que estas personas procesan la información. Los diálogos internos de quien la padece, están repletos de predicciones y expectativas catastróficas de fracasos en el afrontamiento, por ejemplo: “Va a pasar algo malo y no voy a ser capaz de afrontarlo”. Kashani y Orvaschel, citados por McClure y Friedberg (2005) señalan con acierto que la ansiedad deteriora especialmente el área de funcionamiento interpersonal.

Las personas que están cerca, pueden no darse cuenta de las dificultades de adaptación que produce esta presencia de ansiedad. Quizá por la poca implicación en sus vidas. Por otro lado, quizá también los mensajes que se han recibido por parte de los padres en la infancia hacen ver que no confían en la capacidad de afrontamiento y tienen una imagen exclusivamente frágil de ellos (McClure y Friedberg, 2005).

Este artículo busca hacer el espacio en lo preventivo, pero también ejercer una reflexión para el cambio de hábitos de mi autocuidado por mi bienestar personal, pero también en búsqueda de una mejor integración a mis equipos de trabajo y relaciones laborales. Si con la información hasta el momento, me ha sentido identificado, tengo también la posibilidad de buscar la ayuda profesional, un consejero, un psicólogo, un

psiquiatra que realice conmigo un acompañamiento terapéutico, para fortalecer algunas carencias de apoyo claves para la vida.

La consejería, el proceso terapéutico, se consideran elementos de apoyo para el Autocuidado, serán importantes, ya que pretenden es que la persona utilice sus recursos con mayor eficiencia y eficacia en el afronte de problemas, buscar que se den nuevas soluciones de problemas específicos y no arraigados. Se trabajaran pensamientos y emociones de sus situaciones diarias para brindar nuevos modelos de afrontamiento y que sean ellos mismos quienes tomen las decisiones. De ser necesario revisar los hábitos y realizar las modificaciones pertinentes. Además se buscar facilitar un aprendizaje cognitivo-emocional para la prevención, el cambio y el desarrollo personal. Haciendo énfasis en propiciar Salud Mental personal, por lo tanto incorporar estrategias de Autocuidado, resaltando sus facultades y talentos, y ayuda a descubrir por sí mismo el sentido de su vida. (Vásquez, 2005).

El rol del consejero/terapeuta es acompañar, pero es la persona quien facilitará un clima de encuentro, de libertad y confianza. En dónde la persona revisará sus actitudes, hábitos, pensamientos, sentimientos y conductas, y además asumir la responsabilidad sobre sí mismo, por eso es una Autocuidado, lo que yo mismo podré brindarme de acá en adelante.

Por ellos se dice que el autocuidado permite a la persona (y por extensión a su familia) tomar la iniciativa y funcionar efectivamente en el desarrollo de sus propias potencialidades. Por qué menciono en la oración anterior, “por extensión a su familia”, porque estas nuevas prácticas de la

persona promoverán otras conductas positivas de salud dentro de la familia. Está demostrado que las acciones individuales, generan resonancia en los grupos sociales o comunidades desarrollan en beneficio de la salud colectiva. Si toman un momento para llevar su mente a su entorno familiar, será claro que la tensión del trabajo se trasporta a la casa, al ambiente familiar y es difícil separar los contextos. Por ello son importantes las buenas prácticas en Autocuidado para no llevar cargas al ambiente familiar o en algunos casos del ambiente familiar al trabajo.

Nunca es tarde para aprender menos para incorporar

Los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y de mantener la motivación para el autocuidado de ellos mismos y de los miembros de su familia. Las formas de cubrir los requisitos de autocuidado tienen elementos culturales, y varían de un individuo a otro, o de un grupo a otro. Por lo que, la realización de Autocuidado requiere la acción intencionada y calculada, condicionada por las habilidades de la persona y se basa en el supuesto que las personas saben cuándo pedir ayuda. Las personas pueden escoger entre distintas opciones o conductas de Autocuidado, estando entre ellas la opción de no actuar.

Solo se ama lo que se conoce

El autocuidado es relevante para las personas con diferentes antecedentes socioeconómicos o culturales, edades, etc. Todas estamos llamadas a cuidar de nuestra Salud en su dimensión bio-psico-socio-espiritual. Por lo que sólo conociéndonos podremos encontrar ese equilibrio que todos anhelamos.

¿Qué puedo hacer inmediatamente?

Puedo hacer una pequeña revisión de mis hábitos de cuidado actual, a continuación una pequeña lista de preguntas que pueden orientar mi revisión: ¿Postergo mi salud? “Pienso.... Ya se me pasará”.

- ¿Ignoro los síntomas físicos y emocionales?
 - ¿Aplazo la búsqueda de ayuda profesional?
 - ¿Complazco más a otros que a mí mismo?
 - ¿Tomar decisiones de automedicación? ¿Aplico para mí las recomendaciones para otros?
 - ¿Evado el compromiso con mi propia salud?
- Si he respondido sí a la mayoría de esta pequeña lista, debo hacer algo inmediato por mi autocuidado.

¿Qué necesito hacer?

El acto de cuidar de uno mismo requiere el inicio de una compleja serie de conductas:

La toma de conciencia del propio estado de salud, no es con culpa, es con honestidad y propósito de enmienda.

Deseo consciente de satisfacer las propias necesidades de autocuidado,

Pensar en la posibilidad de realizar una conducta de autocuidado,

Analizar los pro y los contra de las alternativas,
Tomar una decisión acerca de la situación de salud,

Diseñar un plan o procedimiento,
El compromiso de implementar y continuar con el plan.

Buscar ayuda profesional si lo creo conveniente.

La importancia del autocuidado en el Cuidador: quizá las siguientes frases a un decálogo poético, en realidad son frases sencillas que pueden dar lugar a la diferencia en mi vida:

Si cambio yo, el mundo cambiará.

Se empieza en el m²

Es muy fácil ver la paja en el ojo ajeno.... pero....
Toma de conciencia (Proceso auto-reflectivo y consciente)

Si se cuidar también a otros, ese cuidado también puedo tenerlo conmigo.

Un enemigo del autocuidado: El Burnout

El Síndrome de Burnout es una forma de acoso en el trabajo muy frecuente en la actualidad. Esta patología es la respuesta o la forma en que el trabajador se adapta a una situación de estrés laboral crónico. Este síndrome también se la conoce como el síndrome del quemado. La persona que sufre burnout se ve totalmente desbordado y abatido por todos los problemas que su entorno laboral le está generando y responde a ello con un comportamiento característico. Pensemos en motor fundido... ¿no queremos eso para nuestra vida tampoco para nuestra salud? ¿Verdad?

Lo componen de tres factores básicos:

- 1 - Agotamiento emocional: la persona que lo sufre tiene la sensación de no poder dar más de sí y que ha llegado al límite de sus posibilidades.
- 2 - Despersonalización: la persona se distancia de su trabajo y de todo lo relacionado con él, trata a los demás con indiferencia y de forma impersonal. Es frecuente que la persona adopte un estilo irónico o cínico en su actitud hacia las personas.
- 3 - Baja realización personal: las actividades que la persona realiza en su trabajo pierden el sentido que tenían para él, aparecen los sentimientos de insatisfacción y fracaso profesional.

Las alertas

Es un síndrome, porque como bien lo saben ustedes, los lectores, es un grupo de síntomas, en

dónde son frecuentes los trastornos psicosomáticos tales como la fatiga, dolores de cabeza y musculares, problemas de sueño, problemas médicos, etc. Hay un dicho popular que dice: “Cuando la mente calla.... El cuerpo habla”, al cual, desde mi recomendación profesional hay que ponerle atención, por ello al inicio mencione que en mente sana, cuerpo sano, funcionamos como un todo integrado no como partes separadas. Nuestro cuerpo puede ser nuestro aliado en identificar, lo que nuestra mente trata de evadir.

¿Qué hacer?

El cambio empieza con pequeños pasos. Tener claros objetivos y estar dispuesto a realizar pequeños cambios:

- 1 - Realiza un autoanálisis sobre cuáles son las fuentes de estrés.
- 2 - Cambia las estrategias que no son eficaces.
- 3 - Consigue una buena calidad de vida (incluye alimentación, sueño, descanso, recreación, deporte etc.)
- 4 - Mejora la forma en que realizas tu trabajo.
- 5 - Reserva un tiempo para descansar. El día está hecho de veinticuatro horas, 8 para trabajar, 8 para dormir y 8 para actividades diversas, por eso el equilibrio es la clave del autocuidado.

Quizá no hay una receta mágica, de dónde empezar. Seguramente nuestro sentido común nos dará algunas pistas. Lo importante es empezarnos a escuchar y seguramente seguir muchas de las recomendaciones que les damos a nuestros pacientes.

A manera de conclusión

La principal premisa del Autocuidado: cada persona es responsable de su salud. Por lo que

tiene el derecho y cuenta con las habilidades para tomar decisiones respecto al cuidado de su salud.

Asumir el autocuidado, trae implícito la capacidad para evaluar su estado de salud y determinar la necesidad de buscar atención profesional, de esta manera transferir confianza desde el personal de salud hacia ellos mismos.

Las personas que trabajan en el área de la salud deben estar conscientes y coherentes de sus propias creencias y prácticas en salud.

Como cuerpo colegial, es importante sumar esfuerzos para favorecer la articulación de acciones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, aportando al fortalecimiento al equipo (multi) profesional.

Referencias

- Cooper, R. (1998). La inteligencia emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones. Bogotá, Colombia: Editorial Norma.
- Halgin, R. y Krauss S. (2003). Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos. (4ª. ed.). Distrito Federal, México: Mc Graw Hill.
- Illescas, J. (2006). Aplicación de un programa con orientación cognitivo-conductual para disminuir el nivel de ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Kaplan, K y Sadock, B. (1998). Terapia de grupo. (3ª.ed.). España: Médica Panamericana.S.A.
- Martínez, C. (2005). Para que la familia funcione bien. La Habana, Cuba: Científico-Técnica.
- Mc Clure, J. y Friedberg, R. (2005). Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. España: Paidós.
- Papalia, D.; Wendkos, S. y Duskin, R.(2005). Desarrollo Humano.(9ª ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Sarason, G. y Sarason, R. (1996). Psicología Anormal: el problema de la conducta inadaptada. (7ª ed.). México: Prentice Hall.

- SOS Kinderdorf Internacional. (2005). Acogimiento familiar, posición central. Recuperado 23 de febrero de 2015 de <http://www.aldeasinfantilessos.org.gt/Documento%20de%20Posicion%20Central.pdf>

- Sue, D., Sue, D y Sue, S. (1994). Comportamiento Anormal. (4ta. Ed.). México: McGraw-Hill.

- Vásquez, C. (2005).Consejería Psicológica. Recuperado 21 de febrero de 2015. De <http://ecologia-mental.blogspot.com/2005/10/consejeria-psicologica.html>

(*) Sobre la autora

Mgr. Melissa Angélica Lemus García

Psicóloga clínica egresada de la Universidad Rafael Landívar. Graduada del Máster en Consejería Psicológica y Salud Mental en la Universidad del Valle de Guatemala. Reside en Aachen, Alemania.

En el momento actual, en nuestro país solo observamos a los diferentes "Grupos económicos" nacionales e internacionales que se gritan unos a otros e intentan hacernos creer que están intentando modificar algunos aspectos de la Argentina, cuando en realidad pelean por una cuestión que los subyuga: "El Poder". Esta circunstancia me lleva recordar los versos del "Gran Maestro Catalán" Juan Manuel Serrat.

Dr. Miguel Bravo

Para pensar...

Detrás, está la gente
Detrás del Quijote y de Corín Tellado,
de Miss Universo y del Escorial.
Detrás de Hiroshima y del Vaticano.
Detrás de la víctima y del criminal.

Detrás de la mafia y de la policía.
Detrás del Mesías y de Wall Street.
Detrás del Columbia y de la heroína.
Detrás de Goliat y de David.

Detrás, está la gente
con sus pequeños temas,
sus pequeños problemas
y sus pequeños amores.

Con sus pequeños sueldos,
sus pequeñas campañas,
sus pequeñas hazañas
y sus pequeños errores.

Cada uno a su manera
cada quien con sus modos;
detrás estamos todos,
usted, yo y el de enfrente.

M.A.B.
Febrero 2015



COMISIÓN DE
EDUCACIÓN MÉDICA
DE POSTGRADO

**Colegio de Médicos de Santa Fe
1ª Circunscripción**