



XX Congreso Chileno de Medicina Familiar

**Interculturalidad y Migración,
un desafío global para la
Medicina Familiar**

Parque Cultural de Valparaíso
Del 14 al 16 de Octubre
2019



www.congresomedicinafamiliar.cl



XX CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

“Interculturalidad y Migración, un desafío global
para la Medicina Familiar”

Parque Cultural de Valparaíso
Del 14 al 16 de Octubre 2019,
Valparaíso, Chile



PRESENTACIONES ORALES

Herramienta para Estudio de Familia (HEF) en Atención Primaria

Angelina Doís¹, Paulina Bravo Valenzuela², Isabel Mora Melanchthon³, María Gabriela Soto Pimentel³.

(1) Salud del Adulto y Senescente, Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile

(2) Salud de la Mujer, Medicina, Escuela Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

(3) Medicina Familiar, Medicina, Escuela Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

El Estudio de Familia (EF) como estrategia clínica integradora, permite mapear la situación biopsicosocial de la familia, determinar nivel de atención que requiere e iniciar precozmente acciones preventivas/de intervención con familias con condiciones de riesgo, facilita acompañamiento clínico, mejora calidad de atención, educación permanente, gestión de los CESFAM y se alinea al principio de continuidad del MAIS.

OBJETIVO: Desarrollar herramienta de Estudio de Familia para su implementación en Atención Primaria.

MÉTODO: Delphi electrónico con expertos en APS. 1) Revisión evidencia científica disponible en español, inglés y portugués, sobre el año 2000 y acceso libre a texto completo. Se realizó análisis de ideas y aspectos relevantes identificado dimensiones, formatos y contenidos más importantes considerados en la construcción de EF. 2) Grupo expertos: criterios inclusión: profesionales de salud que trabajan en APS ≥ 5 años, jefes de Servicios de Salud, de salud municipal, directores de CESFAM, académicos con líneas de trabajo vinculadas a APS y Coeficiente de Competencia Experto ≥ 0.8 (alto). El grupo lo formaron 24 expertos, en su mayoría mujeres, médicos, con un ejercicio profesional en APS de 11-20 años en atención clínica y gestión. 3) Exploratoria: se realizaron 3 rondas de cuestionarios. Criterios para finalizar proceso: convergencia de estimaciones individuales $\geq 80\%$ y estabilización de *coeficiente de variación*. Se hizo análisis de contenido. Tasas de respuesta de cuestionario: 86,3%, 86,3% y 63,6% respectivamente. La propuesta se envió a los expertos para validación y aprobación previo inicio de la siguiente fase. 4) Construcción de la Herramienta Estudio de Familia 5) Validación con jueces. Criterio de inclusión: ≥ 5 años de experiencia trabajo directo con familias. Criterios de validez interna: calidad y cobertura del contenido, complejidad cognitiva, adecuación lingüística. Criterios de validez externa: transferencia y generalización, comparabilidad y sensibilidad de la instrucción. Cada juez evaluó relevancia, suficiencia y pertinencia del contenido. Proyecto fue aprobado por el Comité Ético-Científico de la Facultad de Medicina de la UC.

RESULTADOS. Se construyó una Herramienta para Estudio de Familia con dos niveles de valoración familiar (inicial y avanzada), que distingue las familias que se beneficiarían con intervenciones de mayor complejidad y de las que pueden abordarse en la atención habitual del CESFAM. Esta división se basa en que cada intervención se ajusta a las necesidades familiares, según cómo factores familiares impactan en el diagnóstico/evaluación, curso, tratamiento/abordaje y pronóstico de la situación actual de una persona/ familia. La valoración familiar inicial la realiza un profesional de salud en una o más consultas habituales y considera: caracterización del grupo familiar, genograma, motivo de consulta, recursos individuales/familiares, condiciones familiares/entorno que contribuyen a mejorar/ empeorar la situación familiar, uso de redes de apoyo, estrategias para enfrentar el problema, nivel de intervención para abordar las necesidades de la familia, diseño de plan de trabajo o derivación a programas de la comunidad o de otro nivel de atención. La valoración familia avanzada agrega la evaluación de antecedentes sociales, trayectoria vital familiar, necesidades específicas vinculadas a la etapa y/o la forma en que esta influye en la situación familiar, estructura y dinámica familiar, otros instrumentos de evaluación familiar y plan de intervención en salud familiar.

CONCLUSIONES: La HEF es una herramienta que ayuda a resolver problemas de variabilidad relacionados con el desarrollo y registro de EF en la práctica clínica, estableciendo pautas para optimizar su implementación. Permite acceso rápido a información familiar, obtener datos continuos sobre fortalezas familiares y problemas de salud de sus integrantes, evaluar evolución, facilitar acompañamiento de la familia y ofrecer información al equipo de salud para decidir con la familia sobre intervenciones de mayor utilidad para abordar su situación actual, considerando actividades informativas, preventivas, y/o de consejería.

Fondo de Investigación en Salud, Escuela de Enfermería UC (FIENF), Proyecto FIENF 1706. La Dirección de Investigación de la Escuela de Enfermería no influyó en el diseño del estudio, en la recolección, análisis o interpretación de los datos. Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés

Percepción sobre formación en cuidados paliativos y simulación clínica como metodología de aprendizaje en internos de medicina

Andrés Glasinovic¹, Martín Plaza¹, Francisca Sotomayor², Valentina Herrera¹, Mariela Ramdohr¹, Constanza Balkenhol¹.

(1) Medicina, Medicina, Universidad de Los Andes

(2) Enfermería, Medicina, Universidad de Los Andes

Introducción: En los últimos años, se ha discutido en escuelas de medicina de todo el mundo la necesidad de instaurar, dentro del programa de pregrado, contenidos de cuidados paliativos. En Chile se reconoce la importancia transversal de este tema, sin embargo, no existe una incorporación explícita de estos contenidos en los programas de medicina, ni guías sobre cual es la mejor forma de incluirlos. En este contexto, la Escuela de Medicina de la Universidad de los Andes implementó en su Internado de Medicina Ambulatoria una simulación clínica de Cuidados paliativos y enfrentamiento de fin de vida, en la cual alumnos de sexto año se enfrentaron a situaciones simuladas de pacientes en fase de fin de vida, acompañados por un familiar en su hogar, donde debieron intervenir, tomar decisiones, aplicar conocimientos e interactuar como equipo.

Objetivos: Se propuso realizar el siguiente estudio descriptivo, de corte transversal, para evaluar la percepción de los estudiantes de medicina sobre la importancia del aprendizaje de cuidados paliativos y si es suficiente la enseñanza de estos temas en pregrado. Además, la percepción de utilidad de simulación clínica realizada y su apreciación respecto a si la actividad implicó un aprendizaje significativo, sobre la estructura de la sesión y en cómo se desplegaron las relaciones interpersonales en la actividad.

Materiales y métodos: La población analizada fueron estudiantes de sexto año de medicina de la Universidad de Los Andes, que realizaron el Internado de Medicina Ambulatoria el primer semestre del 2019. Criterios de inclusión: asistir a la simulación. Se envió vía mail el consentimiento informado y encuesta, la cual constó de dos secciones: dos preguntas sobre la percepción de la importancia del aprendizaje de cuidados paliativos en medicina y si es suficiente la enseñanza de estos temas en pregrado, y una segunda sección que consistió en la “Encuesta de calidad y satisfacción de simulación clínica” (validada en Chile el 2017), la cual presenta 11 preguntas con 5 alternativas puntuadas de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Se eliminó la pregunta relacionada con la grabación de la simulación, ya que esto no se realizó en la actividad. Finalmente se incluyeron 10 preguntas más una pregunta abierta final. Se fijó el plazo de 1 semana para responder el cuestionario, posteriormente se cerró la encuesta y se inició el análisis de datos. El estudio fue autorizado por las autoridades académicas del Internado Ambulatorio de la Universidad de Los Andes, la recolección vía electrónica resguardó la confidencialidad y respuesta de los participantes.

Resultados: De un total de 27 alumnos, 19 completaron la encuesta. Un 89% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en lo fundamental de la enseñanza de cuidados paliativos en medicina, y 95% estuvo al menos de acuerdo en que la formación de estos temas desde 1º a 5º de medicina es insuficiente. Más del 80% estuvo al menos de acuerdo en que es un método docente útil para el aprendizaje y refieren estar de acuerdo con que la actividad fue en general satisfactoria. La mayor satisfacción se observó respecto a la duración de la simulación y su utilidad como metodología de aprendizaje, mientras que la menor fue respecto a la confianza, seguridad y comunicación entre miembros del equipo lograda a partir de la actividad. Examinando los comentarios libres de los alumnos, se indicó que sería ventajoso una preparación teórica previa sobre los cuidados paliativos, para así poder reforzar los contenidos necesarios para enfrentar estas situaciones y poder llevarlos de mejor manera a la práctica.

Conclusiones: En el presente estudio, se observó que alumnos de medicina reconocen la importancia fundamental del aprendizaje de cuidados paliativos y, al mismo tiempo, la insuficiente enseñanza de estos temas en pregrado. Asimismo, se identificó un grado de satisfacción que tiende a lo positivo con respecto a la simulación sobre cuidados paliativos realizada en Universidad de los Andes, pudiendo considerarse como una metodología apropiada para la enseñanza. Se hace necesario que otras escuelas de medicina incorporen en su currículum de pregrado estos contenidos y que evalúen la metodología utilizada, ya que solo así se podrá esclarecer el mejor modo de enseñar estos temas tan necesarios en la formación del médico general.



Abogacía operativa del Médico de Familia: Rescatando Capital Social Comunitario

BÁRBARA CONSTANZA Acuña¹, Zaida Preciado², Ana María Castillo³, Carolina Venegas⁴, Héctor Sáez⁵, Bárbara Sepúlveda⁶.

(1) Universidad de Concepción

(2) Tutora Clínica Medicina Familiar, Medicina, Universidad de Concepción/ CESFAM Nuevo Horizonte

(3) Salud Familiar, Trabajo Social, Gestora de Aprendizaje Universidad de Concepción/ CESFAM Nuevo Horizonte

(4) Salud Familiar, Trabajo Social, CESFAM Nuevo Horizonte

(5) Técnico Paramédico Nivel Superior, Alfabetización en Salud, CESFAM Nuevo Horizonte

(6) Salud Familiar, Trabajo Social, Docente y Gestora Académica de territorio, Universidad de Concepción

Antecedentes: Una de las distinciones del médico de familia es la abogacía, que por medio de la gestión logre integrar en el plan de cuidados comunitarios una mejoría a los determinantes sociales a través de la acción sobre políticas públicas.

Objetivo: Otorgar mecanismos de operatividad al rol del médico de familia en la abogacía. A través de este rol abogador, enriquecer la identidad de la especialidad.

Desarrollo: Se sistematizó la experiencia local de abogacía en 3 fases. La primera fase de Planificación consiste en determinar el diagnóstico de situación de salud participativa en un subsector urbano del Centro de Salud Familiar Nuevo Horizonte, de tipo Semillero formador de médicos de familia por la Universidad de Concepción. En la comuna de Los Ángeles, Provincia del Biobío, VIII Región. Se utilizaron técnicas de etnografía y participación comunitaria, analizando historicidad, se crea una cartografía por los vecinos de la Villa y Carabineros. Se realiza una foto- intervención a los vecinos con rescate de relatos y sentires a partir de fotografías de la Villa. La Villa no cuenta con pavimentación y hay 4 poblaciones que no poseen alcantarillado ni agua potable. Esto ha ocasionado una situación de abandono de la Villa, ha generado brotes de Hepatitis A, y surgimiento de delincuencia, tráfico ilegal de drogas y desarmadura de vehículos robados. La falta de acceso vial dificulta el contacto con el Centro de Salud Familiar, el cual se encuentra sobrepasado. En el año 2012 el Servicio de Salud Biobío, la Municipalidad y los vecinos postulan el proyecto de Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) en la Villa. Luego de 7 años, se ha traspasado el terreno hacia la Municipalidad, esta se compromete a asumir el costo de operación y mantención del CECOSF, y se realizó el estudio de suelo. Pero aún no se concreta. Segunda fase de Estrategias políticas indirectas, con la información técnica de código de Banco Integrado de Proyectos se solicita por la Ley de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la información de la Administración del Estado no-20-285, el estado del proyecto al Servicio de Salud Biobío. Indican que obtuvo Certificado de Pertinencia del Ministerio de Salud, y se postuló la iniciativa a Fondos Nacionales de Desarrollo Regional, logrando quedar Admisible. “Actualmente en espera de selección por parte del Intendente”. Se prosigue a solicitar audiencia por la Ley del Lobby no-20-730 con el Intendente Regional, como “Gestor de Intereses Particular”. Prosigue la tercera fase de Gestión política directa. Se concreta la audiencia, utilizando una táctica de discurso mediato sucesivo con la cartografía comunitaria y la foto- intervención. Se compara la Villa con un *Ghetto* a manera de generar una distinción particular. Se concluye que, con la carencia en salud, en accesibilidad, en urbanización, en saneamiento, en seguridad ciudadana, ¿qué desarrollo social podemos obtener? Se postula que el CECOSF en la Villa otorgará salud y un motor de protección, seguridad y desarrollo social. El equipo de la Intendencia refiere que no presentaban en su radar de acción esta Villa, y se crea una mesa de trabajo. Se citan a los representantes locales de la Provincia con Ministerio de Obras Públicas y Servicio de Vivienda y Urbanización, presididos por el Intendente y su equipo. En conjunto se valora la Villa como barrio de interés nacional.

Resultados y/o conclusiones: Se logró posicionar en el radar de las políticas públicas el problema local, con trabajo político concreto en la mesa de trabajo de la Villa y una nueva categorización como barrio de interés nacional. Se logra generar operatividad al rol abogador del médico de familia mediante uso de dispositivos como la Ley de Transparencia y del Lobby. Con el apoyo de las metodologías participativas que favorecen espacio concreto de discusión. Y la visión de integración de la persona en su espacio comunitario y geográfico, el paradigma de la Complejidad. Articulado por la reflexividad y capacidad crítica del médico de familia. Se aporta con este mecanismo de acción a la identidad del médico de familia, y se contribuye a la gestión de Capital Social de tipo comunitario. Ya que se unen grupos de personas disgregados con el imán de la confianza, con el fin del bien común. Urge en una sociedad que desde la competencia está avanzando hacia la innovación de la cooperación. sin financiamiento.



Medicina Mapuche-Williche. Representaciones Sociales de los Funcionarios en de los Centros de Salud Familiar de Río Negro y San Pablo, provincia de Osorno. Las contradicciones de la Interculturalidad en la Atención Primaria de Salud

Sergio Bermedo Muñoz¹, Pedro Bahamondes Díaz², Víctor Venegas Giacomozzi³, Antonio Vargas Peña³.

(1) Departamento de Salud, Municipalidad de Río Negro

(2) Centro de Atención Kumelen, Servicio de Salud Osorno

(3) Universidad de Los Lagos

Resumen

Introducción: Corresponde a una investigación sobre las Representaciones Sociales (RS) de la Medicina Mapuche-Williche de los funcionarios de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las comunas de San Pablo y Río Negro, provincia de Osorno, ambos establecimientos de Atención Primaria de Salud ubicados en territorios de alta concentración de población Mapuche-Williche.

Objetivos: Conocer y describir el contenido y estructura de las Representaciones Sociales de la Medicina Mapuche-Williche de los funcionarios de los CESFAM de Río Negro y San Pablo.

Materiales y Métodos: Estudio exploratorio-descriptivo en tres etapas, de enfoque cualitativo, mixto en cuanto a las técnicas de recolección y análisis de la información. En las dos primeras etapas, donde se indagó el contenido y estructura de las RS de la Medicina Mapuche-Williche, se utilizaron técnicas cuantitativas: evocación libre de palabras y cuestionario de caracterización. En la tercera etapa, para conocer los contenidos de las RS desde el discurso de los funcionarios, se utilizó la técnica de grupo focal, realizándose un análisis cualitativo basado en la Teoría Fundamentada. La conformación de la muestra para las primeras dos etapas fue intencional y no probabilística, abarcando más del 90% de la población del estudio. **Resultados:** El contenido de la representación indica una valoración positiva de la Medicina Mapuche-Williche por parte de los funcionarios. En el núcleo se encuentran las palabras *hierbas* y *sabiduría*, ligadas a un reconocimiento de su carácter ancestral. Desde un punto de vista procesual, surge el fenómeno de *confusión ante las contradicciones que emergen de las experiencias de interculturalidad en salud*, donde las actuaciones de los funcionarios están determinadas por la experiencia personal, la relación establecida con la cultura Mapuche-Williche y su propia función en el sistema biomédico.

Conclusiones: El estudio de la estructura y el contenido de las representaciones sociales de los funcionarios de los Centros de Salud Familiar de las comunas de Río Negro y San Pablo interpela la implementación de la política de salud intercultural en Chile y pone en evidencia la complejidad que implica la articulación y la anhelada complementariedad entre la medicina de los pueblos originarios y el sistema alópata. En el caso estudiado, si bien los funcionarios valoran favorablemente la Medicina Mapuche-Williche, los intentos de complementariedad propuestos por la institucionalidad tienden a darse en un marco de *confusión*, reconociendo que los sistemas de atención de salud operan en forma distinta y en condiciones de asimetría. Por lo tanto, la salud intercultural – entendida y conducida por organismos del estado – no ha estado exenta de tensiones y dificultades. Mediante modelos que articulan la medicina indígena y la medicina occidental se ha buscado la armonización de los sistemas de salud, pero en espacios epistémicos donde persisten asimetrías de poder y estructuras ideológicas y burocráticas. La implementación del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) sumado al mayor reconocimiento a la diversidad cultural, estaría modificando las representaciones de los funcionarios de los Centros de Salud Familiar de las comunas de Río Negro y San Pablo respecto a la Medicina Mapuche-Williche, implicando una apertura hacia otros modelos explicativos del proceso salud/enfermedad.

Financiado por el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, a través del Convenio suscrito entre el Servicio de Salud de Osorno y la Municipalidad de San Pablo, según Resolución Exenta N° 6343 del 25 de julio del 2017. Aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Valdivia del Ministerio de Salud de Chile, según ORD. N° 107 de fecha 08 de marzo del 2017.

Acceso Universal a Servicios de Salud en Migrantes del Servicios de Salud Metropolitano Sur Oriente

Diego Silva¹, Alexis Valenzuela Mayorga¹, Gonzalo Guzmán Soto², Mara Rojas³, Meza Heylyn⁴, Fernanda González⁴.

(1) Centro de Salud Pública, Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile

(2) ESCUELA DE PSICOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL, Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile

(3) Participación Ciudadana, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

(4) Carrera de Enfermería, Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile

INTRODUCCIÓN población de inmigrantes en Chile aumentó, entre el 2010 y 2015, en promedio en 4,9% por año. (Carreño, 2018) y en específico en el área Sur oriente, esta población migrante, tiene creencias, valores y prácticas La de salud distinta a las nuestras, para la que no estamos preparados como sociedad ni sector salud. El SSMSO está conformado por las comunas de San José de Maipo, Pirqué, Puente Alto, La Florida, La Pintana, San Ramos y La Granja. La principal concentración poblacional se encuentra en las comunas de Puente Alto y la Florida, al igual que la población migrante, como podemos observarlo en el siguiente cuadro: En cuanto a la distribución relativa de inmigrantes, esto es, la proporción de población inmigrante en relación a la población total, esta proporción oscila entre 0.7 y 1.84%, siendo relativamente menor que el total nacional (cerca a un 3%, según Censo 2014) (Ibíd, p 14) El acceso universal a los Sistemas de Salud debería poner el énfasis en la capacidad de respuesta a los usuarios del servicio, más que en beneficios para los accionistas (Chan 2016). Sin embargo, Gina Lagomarsini señala que hay insuficiente métricas para evaluar el progreso hacia de los sistemas de salud universales (Ibid). Por otra parte El Dr William D Savedoff y sus colaboradores (2012) nos dicen que en general los países que han alcanzado la cobertura universal de salud lo han hecho por caminos diferentes y con distintas formas de organizar sus sistemas de salud Para tener acceso a los sistemas de salud también influyen una serie de variables, tales como: la distancia, el transporte, el costo de los viajes, los honorarios y las barreras socio culturales, como etnia, idioma, creencias y género (De Keijzer, 2010). El aumento de personas migrantes en el país que no poseen documentos de inmigración trae como consecuencia la indefensión de éstas cuando presentan una enfermedad o situación de salud que requiere de asistencia profesional. Considerando que la obligación legal de los organismos del Sistema Público de Salud es otorgar atención de salud a los habitantes y que es una necesidad poder dar respuesta a las demandas de prestaciones de salud que presentan las personas migrantes sin permiso oficial de residencia en el país, el Ministerio de Salud, a través de la Circular N°4 del Decreto Supremo N°67, fija circunstancias y mecanismos para acreditar a estas personas como carentes de recursos o indigentes, pudiendo de esta forma acceder al beneficio de ingreso al Sistema Público de Salud FONASA (UDD,2018, p 57)

OBJETIVO Conocer el acceso a la salud de usuarios migrantes internacionales en Servicios de Salud Metropolitano Sur Oriente.

MATERIAL Y METODOS Investigación de Tipo Cualitativa, descriptiva, a través de la aplicación de una entrevista semi-estructurada. El universo se compone por los usuarios y usuarias migrantes internacionales que se atienden en la Atención Primaria de Salud del SSMSO. La muestra es por conveniencia, en virtud de escoger el CESFAM más representativo, en este caso será el CESFAM Santa Amalia y las nacionalidades a estudiar serán de: Perú, Colombia, Venezuela, Bolivia, Argentina y Haití. El tamaño de la muestra fue dado por la saturación de la información que llevo a 30 migrantes internacionales, el análisis de datos se realizó a través de análisis del contenido.

RESULTADOS Uno de los principales resultados respecto del acceso a la salud, es la dificultad que tienen los migrantes no hispano parlantes, tanto en la comprensión del idioma como en la internalización de las costumbres, valores e idiosincrasia de la cultura chilena, inmersa en el sistema de salud. Dentro de ello las mujeres logran una mejor inserción en la atención de salud debido al énfasis materno infantil de las políticas públicas chilenas.

CONCLUSIONES El sistema de salud chileno, ha realizado importantes esfuerzos para incluir a la población migrante internacional, a pesar de lo cual, se presenta una serie de barreras. Mientras el idioma es la barrera más explícita, la burocracia logra ser sorteada luego de un largo proceso de esfuerzo para la adaptación cultural, liderado principalmente por las mujeres, quienes a su vez, se transforman en portavoces de sus familias, con la excepción de la población haitiana, cuya representación la asumen los varones. Así mismo son los varones quienes presentan mayor dificultad de acceso, debido a la incompatibilidad de horarios entre sus lugares de trabajo y el CESFAM, situación similar a la observada en los varones chilenos.

Universidad Central de Chile

Dirección de Investigación e Innovación

CONCURSO INTERNO PROYECTOS I+D 2018

Percepción de usuario migrantes internacionales sobre salud enfermedad y la atención de salud en los establecimientos públicos del servicio de salud metropolitano sur oriente

Implementación de un sistema de seguimiento de niños con desnutrición en una unidad de atención primaria de la provincia de cotopaxi con la estrategia de huertos familiares agroecológicos

Silvia Paulina Inga Huilca¹, Franklin Tarqui Gareca², Gabriela Guijarro Reinoso², Cristian Corrales Paredes³.

(1) Posgrado De Medicina Familiar Y Comunitaria, Ciencias De La Salud, Universidad Técnica De Ambato

(2) Medicina Familiar, Msp Distrito 05D04 Pujili-Saquisilí Salud

(3) Atención A Grupos Prioritarios, Gobierno Autónomo Descentralizado De La Parroquia La Victoria

Introducción: La desnutrición Infantil es un problema de salud pública ocasionada por la falta de ingesta o absorción de nutrientes. Sin una alimentación adecuada, las niñas y niños desarrollan problemas físicos e intelectuales que son irreversibles. Según datos del Ministerio de Salud, en el Ecuador 1 de cada 4 niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Dentro de los factores causales encontramos la pobreza, baja escolaridad, falta de acceso a sistemas de salud, desigualdad entre otros factores. El sistema de salud intenta aportar con el seguimiento de niños con desnutrición para aportar con la lucha contra este problema. Las poblaciones de las zonas rurales como en la Provincia de Cotopaxi han priorizado las actividades económicas agropecuarias a temas asociados con la salud. Esta situación se agudiza por la falta de asistencia a controles médicos de los niños. Los profesionales de la salud no pueden ejecutar las actividades correspondientes por la falta de colaboración de la población a los controles en consulta externa. Como respuesta a este problema, se crea una alternativa para incrementar el seguimiento adecuado de niños con desnutrición. Mediante la Implementación de la alianza Salud – Agricultura se pretende desarrollar proyectos en donde se han vinculado los controles médicos de los niños con el desarrollo de tecnificación agraria por parte de los gobiernos locales.

Objetivo General: Implementar un sistema de seguimiento médico de niños con desnutrición mediante la alianza Salud - Agricultura. *Objetivos Específicos* 1.- Socializar el sistema a implementar entre autoridades y familias beneficiarias para que participen en la estrategia de salud y agricultura 2.- Realizar controles médicos integrales periódicos a los niños mediante la aplicación de curvas antropométricas para valorar las disminuciones de la desnutrición. 3.- Proporcionar herramientas educativas para optimizar los conocimientos de las familias sobre desnutrición infantil y agricultura tecnificada

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, de la asistencia a controles y evolución de niños con diversos grados de desnutrición. La atención médica fue realizada por el mismo médico de Atención Primaria en un Centro de Salud Rural. Los padres de familia recibieron capacitaciones constantes sobre nutrición infantil y tecnificación agrícola. Se controló la asistencia en las evaluaciones médicas integrales con énfasis en la recolección de datos antropométricos durante 1 año. Además, de evaluaciones agropecuarias a los huertos y la utilización de los productos en la dieta de las familias, realizada por el técnico del gobierno local. **Resultados:** Se realizó el seguimiento de 17 casos de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición. La muestra estuvo conformada por 9 (53%) varones y 8 fueron mujeres durante el año 2018 y primer trimestre del 2019. El seguimiento se pudo cumplir en el 100% de los casos, sin abandono de ninguno de los participantes. En la primera valoración se obtuvo el punto z de -5,6 a -1,7 en talla para la edad, y -4,1 a -0,3 en el peso para la edad. En el lapso de 1 año de seguimiento los valores obtenidos son los siguientes: punto z de -3,9 a +1,3 en la talla y -2,7 a +2,1 en el peso. El crecimiento se mantuvo con incremento (delta z: -1.12 y -0.59 respectivamente). La intervención en nutrición proporcionó un ascenso en las curvas de peso/edad y talla/edad con medias de +0.52 durante el año de intervención. El análisis de las curvas muestran las pendientes de los seguimientos son diferentes (<0.01) para el crecimiento. No hubo en ninguna diferencia en el seguimiento en cuanto al género de los niños. Las familias se concientizaron sobre la importancia de la nutrición y desarrollaron técnicas agrícolas acorde a la realidad local. Económicamente se generó aportes monetarios mensuales a los ingresos del hogar con el ahorro en la compra de alimentos y venta de los excedentes productivos.

Conclusiones: La implementación del sistema de seguimiento de niños con desnutrición obtuvo el 100% de asistencia a controles médicos con 80% de efectividad. La tendencia de crecimiento de los infantes durante el año de seguimiento mostró mejoras en sus niveles de desnutrición en todos los casos. Las familias obtuvieron conocimientos en nutrición y producción agrícola contribuyendo de forma positiva a la economía de cada uno de los hogares.

Este trabajo fue financiado como parte del presupuesto participativo de los Gobiernos Autónomos Descentralizados Locales, destinados para grupos prioritarios. La participación de las actividades de Seguimiento de Niños con Desnutrición de las coordinaciones Distritales de Salud, conjuntamente con el Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato.

Demora en el inicio del tratamiento con insulina

Jorge Klarián¹.

(1) Residente Medicina Familiar, Universidad de Valparaíso

La literatura internacional reporta que existe un retraso generalizado en comenzar a utilizar insulina, el cual va desde los 1,5 a 3 años según si se usa un punto de corte de 8 o 7% de HbA1c. A pesar de lo anterior, la guía GES de Diabetes establecía que el tratamiento con insulina NPH se debiese iniciar cuando la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) era $\geq 9\%$, lo cual se modificó con las guías de tratamiento 2016-2017.

El retraso en el inicio de la terapia cobra especial importancia para enlentecer o detener la evolución natural de la enfermedad, evitar las complicaciones a largo plazo y mejorar el control metabólico de la enfermedad.

El objetivo general de este trabajo es establecer el tiempo de demora (o latencia) en la insulinización de los pacientes diabéticos tipo 2 con insulina NPH en nuestro centro de salud. También se buscará describir las características epidemiológicas básicas de la población con uso de insulina, conocer el valor de HbA1c con el que se inicia la insulino terapia, el impacto de esta indicación en el control metabólico, conocer las tasas de compensación y evaluar posibles asociaciones de variables que puedan ayudar a un mejor manejo de este grupo de pacientes.

Materiales y Método:

Diseño observacional de corte transversal

Se realizó una revisión de los registros clínicos electrónicos (RCE) de los pacientes que retiraron insulina NPH durante el año 2018. Se realizó análisis retrospectivo y se utilizó Excell 360 para crear la base de datos y su análisis.

Se calculó el tiempo transcurrido desde que presentaron HbA1c mayor o igual a 9% mantenida al menos en 2 controles consecutivos, hasta la primera indicación de insulina (latencia). Se registró el valor de la HbA1c al inicio de insulina, la dosis de insulina indicada al ingreso, el peso, se calculó la dosis según UI/Kg, se registró la primera HbA1c posterior al ingreso, el tiempo transcurrido desde el ingreso y el primer control con HbA1c y finalmente la dosis de insulina, peso y HbA1c del último control.

Se consideró compensación: HbA1c $< 7\%$ para población < 65 años y de 8% para población de 65 y más años.

Se excluyeron los casos sin registros del ingreso a insulina, pacientes que comenzaron antes del RCE, los que iniciaron insulino terapia en otro establecimiento de APS y los que iniciaron en el extrasistema.

Resultados:

Se incluyeron a 35 pacientes en el estudio. 28 mujeres y el promedio de edad fue de 60,3 años.

El inicio de insulina fue con HbA1c de 11,97 ($\pm 2,54$) y un retraso de 575 (± 469) días. Además, sólo un 25,7% de los pacientes inicia el tratamiento dentro de los 6 meses que se considera adecuado según las guías nacionales, llegando hasta los 4 años. Por otro lado, 2 pacientes iniciaron insulina luego de haber estado hospitalizados. Uno por neumonía adquirida en la comunidad y otro por pie diabético infectado que requirió de amputación.

La dosis de inicio promedio fue de 18,1 UI con 0,24 UI/Kg, con la cual se logró bajar la HbA1c a 9,98 ($\pm 2,13$) en el control siguiente. En el último control los niveles de HbA1c vuelven a aumentar a 10,87 ($\pm 2,47$), a pesar de que se duplica la dosis de insulina (0,48 UI/Kg).

Si bien el valor de la HbA1c con el que los pacientes inician el tratamiento es muy superior al 8,9% registrado en estudios multinacionales en APS, al analizar el impacto metabólico del inicio de insulina, se aprecia una buena respuesta al primer control, con un descenso de la HbA1c de 1,99%, lo cual ayuda a aumentar el número de pacientes compensados, representando a un 20% del total. Lamentablemente el control metabólico empeora con el paso del tiempo, ya que a la fecha de este estudio, solo un 5,7% de los pacientes continúa compensado. Esto podría estar relacionado con un mal seguimiento de los pacientes, ya que si bien no se hizo una revisión detallada de la periodicidad de los controles, la distancia ente el inicio y el primer control posterior (7,66 meses), dista de las recomendaciones de seguimiento para los pacientes con riesgo cardiovascular alto (controles cada 3 o 4 meses).



En la variación de peso se observa un aumento de 3,04Kg ($\pm 5,97$) (variación de 4,1% del peso corporal), con un tiempo de uso promedio de insulina de 2,6 años, lo que es mayor al 2,5% registrado en la literatura y está relacionado al mal control metabólico. Lamentablemente no contamos con un registro de los pacientes que rechazan el inicio de insulina, pero al analizar los datos, se observa una correlación entre la latencia y la fecha en que se inicia la insulina, con un coeficiente de correlación de -0,7081 ($p < 0,0001$) que evidencia que los tiempos de retraso han disminuido a medida que las fechas cuando la HbA1c es $> 9\%$ son más actuales. Esto pudiese estar relacionado con la prevalencia e importancia que tiene actualmente la diabetes, contar con equipos de profesionales más capacitados y seguros con la prescripción, así como también contar con máquinas y cintas para hemoglucotest.

No se encontraron relaciones significativas entre otras variables estudiadas.

Conclusiones:

Al utilizar el punto de corte de HbA1c de 9%, podemos asumir que existe un retraso en la indicación de insulina mayor a la reportada por la literatura, ya que esta utiliza valores más bajos. Llama la atención que en un 42% de los pacientes, exista una latencia mayor a 2 años.

Hace falta poder abordar este tema desde la gestión para poder evaluar la periodicidad de los controles y la relación entre la latencia y la fecha en que se inicia el tratamiento con insulina. Sin embargo, esperamos que a medida que se mantenga un equipo motivado y seguro, los retrasos serán cada vez mejores.

Lo anterior busca aportar al conocimiento para el manejo de los pacientes que deben sobrellevar esta enfermedad, la cual no es solo multifactorial en su origen, sino, también en su tratamiento y esto exige un tratamiento dedicado e integral.



La participación en orquestas juveniles como determinante social de la salud: El caso de las orquestas juveniles de Valparaíso

Claudio Andrés León¹.

(1) Medicina Familiar, de Medicina, Universidad de Valparaíso

Introducción El propósito de esta investigación fue indagar desde una perspectiva fenomenológica el significado que un grupo de jóvenes de la Región de Valparaíso atribuía a sus experiencias de participación en orquestas juveniles en la Región de Valparaíso, y cómo esas experiencias podían ser interpretadas a partir del modelo de los determinantes sociales de la salud. El fenómeno de las orquestas juveniles ha sido estudiado ampliamente en Chile y en la Región Latinoamericana, diversas investigaciones han mostrado que esas organizaciones musicales se han convertido en un mecanismo de inclusión social para niños, niñas, jóvenes y adolescentes de un segmento de la población que ha sido marginado de la participación de un bien cultural como es el aprendizaje de ejecución musical (1). Dicha inclusión ha tenido efectos positivos tanto en quienes participan en calidad de aprendices, como en sus familias y comunidades, generándose procesos de transformación de las maneras de pensar (2), empoderamiento individual y comunitario, cohesión social (3), creación y concreción de aspiracionales personales, laborales y educacionales, adquisición de mayores grados de responsabilidad y autonomía, mejoría de la autoimagen, realce de metas, aumento del potencial de resiliencia y de redes para enfrentar situaciones problemáticas (4). Todos esos hallazgos se han interpretado principalmente desde modelos teóricos que no logran captar el impacto que las dimensiones que se fortalecen con la participación en orquestas tienen para la salud y el bienestar. Es por lo que con esta investigación nos propusimos abordar de manera directa la relación entre participación en orquestas juveniles y salud, para ello recurrimos al modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS), que se ha posicionado como el enfoque de base que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para orientar las políticas globales de salud (5). Dicho modelo sirve para comprender de mejor manera la promoción de la salud y para implementar estrategias que disminuyan las inequidades y el deterioro del bienestar actuando a nivel colectivo sobre elementos estructurales e intermedios.

Objetivo General: Explorar la relación entre la experiencia de participación en orquestas juveniles y salud y bienestar, a partir del significado que un grupo de adolescentes de la Región de Valparaíso le atribuyen a sus experiencias de participación en esas organizaciones musicales.

Metodología: Estudio cualitativo de enfoque fenomenológico, realizado entre los meses de julio 2017 y marzo 2018. Se realizaron 16 entrevistas individuales semiestructuradas a adolescentes de ambos sexos, de 10 a 19 años, con al menos un año de participación en las orquestas Conservatorio Municipal de Viña del Mar, Sinfónica Juvenil Regional, Ensamble de Cuerdas de la Escuela Popular de Artes de Achupallas). Se realizó análisis de contenido y triangulación de investigadores, todas ubicadas en la Región de Valparaíso.

Resultados: Los relatos de los/as adolescentes, reflejan que su participación en las orquestas juveniles configura experiencias de bienestar a nivel corporal, emocional y afectivo, constituyéndose como un recurso que determina y mejora la salud física, emocional y espiritual. La participación en orquestas plantea para los/as adolescentes una transformación en sus vidas, permitiendo el desarrollo de habilidades sociales, afectivas y cognitivas, que les permiten una mejora sustantiva de las condiciones psico-sociales y estructurales de origen.

Discusión: La participación en orquestas juveniles se torna un elemento clave y determinante de la salud y el bienestar. La ejecución y práctica de actividades artístico-culturales comunitarias se significa como un evento de inflexión en las trayectorias de vida en adolescentes, sobre todo en los de estratos sociales vulnerables. La participación en orquestas juveniles se evidencia como una estrategia que permite el mejoramiento del bienestar y la salud en población adolescente, permitiendo inclusión y movilidad social que son decisivas para transformar la determinación social estructural de origen, y los impactos que esas determinaciones tienen en la salud. Se sugiere la indagación sobre actividades artístico-culturales que realizan los/as adolescentes, su fomento y recomendación como parte de las estrategias de promoción de salud, especialmente para profesionales de atención primaria.

Palabras Clave: Determinantes sociales de la salud, Adolescentes, Orquestas Juveniles.

Necesidades de familiares de pacientes pediátricos hospitalizados: estudio de métodos mixtos

María Belén Morales Ferrer¹, Lauren Lenzion¹, Josefina Castro Penna¹, Antonia García-Huidobro Harcha¹, Diego García-Huidobro Munita¹.

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El cuidado centrado en el paciente y la familia (PFCC) es un enfoque en las atenciones de salud que reconoce la importancia de la familia en la vida del paciente. El cuidado centrado en el paciente y la familia puede mejorar los resultados del paciente y la familia, mejorar la experiencia de la atención de salud, aumentar la satisfacción del paciente y familia, fortalecer las habilidades de la familia, aumentar la satisfacción de los profesionales de salud, disminuir los costos de la atención médica y conducir a una mejor distribución de recursos. Si bien en la atención primaria se ha implementado el modelo de salud familiar, se desconoce cómo poder transferir este conocimiento al ámbito hospitalario.

Objetivo: El objetivo de este proyecto fue identificar las necesidades de familiares de pacientes pediátricos hospitalizados en unidades clínicas del Hospital Clínico de la Red de Salud UC-Christus.

Métodos: Se realizó un estudio de métodos mixtos. Los familiares de los pacientes hospitalizados completaron una encuesta y participaron en una entrevista semiestructurada. Datos cualitativos y cuantitativos se recopilaron en la misma fase del proyecto, pero el análisis de los datos fue independiente. Los hallazgos se combinaron e interpretaron juntos. El estudio se realizó en el Hospital Clínico de la Red Salud UC-Christus, y se incluyeron las unidades de Pediatría General, Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, Oncología y Neonatología. Criterios de inclusión fueron: mayor de edad, ser familiares del paciente hospitalizado, y que el paciente haya estado al menos 48 horas hospitalizado. Solo se permitió un participante por familia. La encuesta incluyó la versión chilena del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI). Las entrevistas fueron conducidas por una asistente en investigación entrenada en métodos cualitativos de recolección de datos enfocadas en 5 dimensiones: 1) Experiencia general, 2) Participación en el cuidado y transición de unidades, 3) Comodidad, 4) Entrega de Información, 5) Entrega de apoyo emocional, y 6) Respeto de valores y necesidades. Las encuestas fueron tabuladas y se calcularon estadísticas descriptivas. Las entrevistas fueron analizadas por dos asistentes de investigación con experiencia en investigación cualitativa siguiendo los pasos de Análisis Temático en el software NVivo.

Resultados: En el estudio participaron 52 familiares de pacientes hospitalizados. De ellos, 28 completaron sólo la encuesta, y 24 completaron las evaluaciones cuantitativas y cualitativas. La mayoría de los participantes fueron madres, con una edad promedio de 36 años (35.9 ± 10). En general, tenían empleo y al menos educación media. Casi todos los participantes fueron chilenos. En general, los familiares reportaron una experiencia positiva acompañando a los pacientes. Sin embargo, también se identificó que tenían un alto grado de necesidades durante la hospitalización de sus familiares, que fueron satisfechas irregularmente según el tipo de necesidad y unidad de hospitalización. Mayor cumplimiento de las necesidades fue observado en la dimensión de entrega de información y participación en el cuidado y transición de unidades. Sugerencias para incluir un mayor enfoque familiar en la atención de pacientes hospitalizados incluyeron mejoras en infraestructura y en la organización de las atenciones de salud.

Conclusiones: Familiares de pacientes hospitalizados en unidades de pediatría presentan diversas necesidades, las que no son cubiertas en su totalidad por el modelo de atención recibido. Los familiares desean una atención que les permita participar en el cuidado de su familiar enfermo. Esta investigación entrega estrategias acerca de cómo transferir el conocimiento adquirido en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria a atenciones en el ámbito hospitalario.

Identificación de necesidades de familiares de pacientes hospitalizados. Fondo Intradepartamental del Departamento de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile.



Inserción de Inmigrantes al Sistema de Salud Chileno

Lianny Paola Peñaranda¹, Macarena Pilar Córdova Muñoz ², Erika Arroyo ², Rosa Cortes Gutiérrez².

(1) Salud Familiar y Comunitaria, Salud Pública, Universidad de Concepción

(2) Salud Pública, Medicina, Universidad de Concepción

Antecedentes: Durante el proceso de inserción al Centro de Salud Familiar Norte Dr. Atilio Almagia Pereira (CESFAM Norte) en la realización de Minieventos informativos y de difusión en las salas de espera de dicho CESFAM durante los días 14 al 17 de Mayo de 2018, se detectó en los usuarios inmigrantes una brecha de información y conocimiento básico sobre el funcionamiento, prestaciones y horarios, entre muchas otras en relación al CESFAM.

Se realiza entrevista a personal de Percápita, promoción de la Salud, asistente Social de Modulo 1, Tutora Clínicas y Gestora de Aprendizaje sobre la información ofrecida al momento del ingreso de atenciones del CESFAM Norte. Ante lo cual solo se notifica que se realiza la inscripción en oficina de Percápita según indicaciones de protocolo comunal para atención de extranjeros sin ninguna otra información. No mostrándose de primera instancia como una problemática para el CESFAM Norte el hecho de que esta población se encuentre carente de información general y básica del funcionamiento del sistema de salud en general en Chile.

Posteriormente se lleva a cabo la recolección de información de inmigrantes inscritos observando un número de inscritos de 20 durante el periodo 2002 -2012, mas sin embargo se observa un aumento significativo representado por 368 inscritos en el periodo de 2014 a Abril de 2019, más 10 usuarios nacido en Chile hijos de extranjeros; dicha población representa el 1.33% de la población total del CESFAM Norte.

Objetivos:

- Crear una instancia establecida sobre el proceso de Inserción de Inmigrantes al Sistema de Salud Chileno en CESFAM Norte.
- Entregar información verbal y escrita sobre el funcionamiento del Sistema de Salud.
- Esclarecer sus dudas en relación a este tema.
- Crear un espacio de participación y colaboración intersectorial y Sectorial.

Desarrollo: Una vez mostrado este análisis en reunión de equipo gestor del CESFAM Norte, se evidencia de manera grupal cual es la realidad del déficit en la alfabetización en salud de la población Inmigrante inscrita en este CESFAM.

En vista de lo antes mencionado se crea un espacio cada 4 meses de Tertulia con los extranjeros llamado: Conociendo nuestro CESFAM y comunidad donde participan residente de la Beca medicina familiar y comunitaria, 2 representantes del consejo de desarrollo local, 1 Asistente Social, así como los inmigrantes inscritos en los últimos dos meses según nómina del per cápita local que pudieran asistir a la actividad previa confirmación vía telefónica. Se realiza en la sede Crónicos del CESFAM Norte. Con colaboración de Fundación REDIN para traducción de materiales en Kreole y CESFAM Dos de Septiembre para Facilitador Intercultural.

Resultados y/o conclusiones: Al evidenciarse y mostrar al equipo de trabajo y Dirección sobre el auge significativo de población Inmigrante inscrita en el CESFAM se logra obtener un espacio físico resguardado con horas suficientes para realizar la Tertulia. Por otro lado se favorece los recursos necesarios para la realización de esta: horas de personal del CESFAM, teléfono celular para contactar a usuarios para invitarlos a la Tertulia, la sede crónicos donde se realiza la Tertulia, permitir la participación de representantes del Consejo de Desarrollo.

Se logra la entrega de información tanto verbal como escrita en español y Kreole pertinente a los objetivos de la Tertulia: canasta de prestaciones CESFAM Norte promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación.

Y por último se realiza recolección de dudas y necesidades que quisieran ser expuestas por los Inmigrantes estas fueron escritas o expresadas verbalmente, las cuales fueron respondidas durante la misma tertulia.

Dichas Tertulias se realizaron durante los meses de Junio/ Octubre de 2018, con la participación de 17 personas en primera Tertulia y 26 personas en la segunda Tertulia.

Centro de Salud Familiar Norte Dr. Atilio Almagia Pereira. Universidad de Concepción. Servicio de Salud Bio Bio.

Experiencia del taller “Cuidando al cuidador” para cuidadores de niños(as) y adolescentes con necesidades especiales

M. Eliana Correa Matus¹, Francisco Villalon^{2,3}, Báltica Cabieses Valdés⁴.

(1) Investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina , Facultad de Medicina - Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

(2) Colaborador del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina , Facultad de Medicina - Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

(3) Fundación Ilusióname

(4) Directora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina , Facultad de Medicina - Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Los niños y adolescentes con necesidades especiales en salud (NANEAS), se definen como aquellos que tienen o están en riesgo de presentar una enfermedad crónica y que requieren mayor atención en salud. A nivel internacional, se estima que corresponden al 0,67% de las hospitalizaciones pediátricas y a un tercio de los costos en salud en pediatría. En Chile el 60% de los ingresos hospitalarios pediátricos corresponden a estos, además de requerir hospitalizaciones prolongadas e ingresar más a la unidad de paciente crítico. La familia es el principal pilar que otorga los cuidados extrahospitalarios a esta población, cuya exigente labor se asocia a un importante aumento del estrés, que afecta la salud física y mental, junto con el bienestar laboral y familiar del cuidador. Además, impacta en la calidad del cuidado y la salud del NANEAS.

En el Hospital Padre Hurtado (HPH) se han identificado 626 NANEAS hasta la fecha. En este se atienden personas de las comunas de San Ramón, La Granja y La Pintana, las cuales se encuentran dentro de las comunas más vulnerables del país.

Tanto las intervenciones basadas en mindfulness como las actividades artísticas gráficas han mostrado tener un impacto en el estrés, aumentando el bienestar y mejorando estados afectivos. Se decide implementar un programa de estas intervenciones con cuidadores de NANEAS en el HPH.

Objetivos: Aumentar el bienestar y disminuir el estrés de los cuidadores de NANEAS mediante el programa “Cuidando al cuidador” (PCC), que consta de una intervención basada en mindfulness (IBM) y un taller de pintura (TP).

Desarrollo: Para realizar este proyecto se realizó una alianza entre el equipo de salud que atiende a NANEAS en el HPH junto con la Fundación Ilusióname. Se realizó un llamado abierto a las cuidadoras de NANEAS en control con la unidad pediátrica, a través de difusión telefónica y afiches. Las participantes se inscribieron en los talleres según interés y se seleccionaron por orden de inscripción. Los talleres se realizaron en las dependencias de la Universidad del Desarrollo dentro del HPH el segundo semestre del 2018. Se facilitó una guardería para los NANEAS durante el desarrollo de los talleres al cuidado de dos técnicos de nivel superior de enfermería.

La IBM tuvo una duración de cuatro sesiones de 2 horas, los contenidos fueron una adaptación del programa “Mindfulness based stress reduction”. El TP tuvo una duración de cinco sesiones de 2 horas, donde se entregaron materiales para realizar un trabajo de técnica libre guiado por una profesora.

Se realizó una evaluación cualitativa de la experiencia del programa. Se diseñó y aplicó una entrevista grupal al finalizar cada taller, para levantar información sobre la percepción sobre su aplicación y beneficios, además de necesidades, facilitadores y barreras percibidos. Además, se realizó una observación participante para cada taller, para triangular lo observado con la información aportada por las cuidadoras en la entrevista, para lo que se contó con una pauta de observación como apoyo.

Resultados y conclusiones: La experiencia del PCC fue bien evaluada por las 16 participantes, quienes identificaron como principales beneficios la disminución de la sensación estrés y poder compartir un espacio de autocuidado, el que les resulta difícil guardar en su cotidianidad por la alta carga en el cuidado. Las participantes valoraron que el taller fuera de modalidad grupal y señalaron como beneficio el hecho de compartir sobre su experiencia en el cuidado con personas con vivencias similares, esto se observó durante el taller de pintura, donde mientras pintaban conversaban constantemente sobre sus hijos. La principal necesidad reportada por las cuidadoras para su bienestar fue el manejo del estrés relacionado con su labor del cuidado de los NANEAS y contar con un espacio de autocuidado en su rutina. El principal facilitador identificado para el desarrollo del taller fue contar con personal especializado para el cuidado de sus hijos, ya que refieren que muchas no podrían haber asistido sin este apoyo, por no contar con quién dejar a sus hijos. Además, el hecho de que los técnicos fueran conocidas por las participantes entregó más confianza. Las participantes no identificaron barreras. **El PCC tuvo una valoración positiva por parte de las participantes, logrando los objetivos propuestos, quienes identificaron beneficios principalmente relacionados a la disminución del estrés y el autocuidado. Esta experiencia recalca el rol preventivo a nivel de atención primaria para apoyar a familias con alta carga de cuidado.**

*Financiado por Fundación Ilusióname



Caracterización y sentido de coherencia de los adultos mayores frágiles de un centro de salud familiar en Quilpué

Carlos Horacio Albornoz¹.

(1) Universidad de Valparaíso

El envejecimiento de la población a nivel mundial alcanzará cifras en el 2050 superiores a los 2 mil millones de adultos mayores y para Latinoamérica se espera que uno de cada cuatro personas sea adulto mayor, mientras en Chile uno de cada tres chilenos tendrá más de 60 años. Actualmente se usa el término adulto mayor frágil, para clasificar y pesquisar a aquellos que en un corto a mediano plazo comenzarán a presentar dificultades en su calidad de vida, pero que aún su estado no es irreversible. La fragilidad, como síndrome clínico-biológico se caracteriza por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor, causado por múltiples factores. Es por esto por lo que actualmente una valoración geriátrica debe integrar factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. La clasificación en adulto mayor pre frágil o frágil se realiza a través de preguntas específicas de la escala FRAIL integradas en las preguntas demográficas. En el presente estudio, se utilizará el instrumento SOC 13 para evaluar el sentido de coherencia, autorizado por la institución pertinente. SOC (OLQ) es un elemento que no se relaciona con las enfermedades o habilidades de la persona, sino más bien, con la capacidad de resistir ante las eventualidades que surgen, todo esto enmarcado en el centro del modelo salutogénico de Antonovsky. METODOS Se realizó un estudio descriptivo correlacional en el centro de salud familiar Quilpué, durante el primer semestre del año 2019. El tamaño de la muestra calculado con 95% de confianza y un margen de error en la estimación de la proporción de 0,05 corresponde a 109 adultos mayores frágiles. Criterios de inclusión: Adultos mayores de 60 años de ambos sexos, clasificados como frágiles; Residentes en la comuna de Quilpué; Que expresen su conformidad y firmen el consentimiento informado. Criterios de exclusión: Adultos mayores frágiles con deterioro cognitivo severo diagnosticado; Aquellas personas que no desean participar en el estudio. Los Aadultos mayores realizarán dos cuestionarios, el primero con los cuatro criterios de Fried et al para fenotipo de fragilidad más toda la información sociodemográfica, enfermedades, fármacos, etc., y el segundo el instrumento SOC 13. La entrevista en su totalidad se estima dure 40 minutos. Se confeccionó el protocolo para el estudio con seres humanos y la carta de consentimiento informado Resultados El promedio de edad de los 109 adultos mayores fue de 82 años (70-97 años). El 70% era del sexo femenino. Los adultos mayores pre frágiles fueron el 44% y 66% los frágiles. El promedio de medicamentos usados fue de 5. La puntuación promedio de los adultos mayores pre frágiles fue de 79 puntos y la de los adultos mayores frágiles 51 puntos. El sub ítem de comprensibilidad en los adultos mayores pre fragiles fue 32 puntos y la de los adultos mayores frágiles 22 puntos. El sub ítem de manejabilidad en los adultos mayores pre fragiles fue 21 puntos y la de los adultos mayores frágiles 18 puntos. El sub ítem de significatividad en los adultos mayores pre fragiles fue 26 puntos y la de los adultos mayores frágiles 21 puntos. La fiabilidad del instrumento SOC 13 fue de un α de cronbach 0.72. Discusión Los datos obtenidos con la aplicación del instrumento SOC 13 en adultos mayores frágiles y pre fragiles del estudio, nos ayuda a ampliar los métodos de pesquisa de los estados previos a la dismovilidad y pérdida de funcionalidad, es así como nuestro estudio relaciona una puntuación más alta del SOC con los estados de pre fragilidad y una puntuación más baja con los estados de fragilidad. Con respecto a las subescalas del instrumento SOC 13, la comprensibilidad y significatividad son las que presentaron la mayor puntuación tanto en pre frágiles como en frágiles, sin embargo, la manejabilidad en promedio y la subescala de manejabilidad fue notoriamente más alta en los prefragiles que los adultos mayores frágiles. Por ultimo, se logro establecer la confiabilidad del instrumento SOC 13, esto con un α de Cronbach 0.72.

Desigualdades en contacto con el sistema de salud entre locales e inmigrantes en Chile

María Alejandra Benítez¹, Velasco Carolina¹.

(1) Centro de Estudios Públicos

Durante los últimos años se ha evidenciado una creciente llegada de inmigrantes a Chile. La literatura internacional sugiere que esta población tiene menor probabilidad de encontrarse afiliada a seguros de salud y, a la vez, utiliza en menor medida los servicios de salud. En Chile, a través de datos descriptivos, existe evidencia de que la afiliación a seguros de esta población en el país, con niveles entre 80 y 85%, está muy por debajo de la afiliación local (97%). El presente trabajo estudia la cobertura de esquemas previsionales de salud y el uso de servicios de salud de la población inmigrante comparando con los locales en Chile. A través de datos de la encuesta Casen 2017 y anteriores, se busca analizar las diferencias en afiliación y utilización entre inmigrantes y locales y cómo estas se relacionan con el proceso migratorio y el hecho de ser inmigrante.

Respecto del acceso a esquemas previsionales de salud, se analiza la cobertura (entendida como proporción de la población que se encuentra afiliada) distinguiendo según nivel socioeconómico, características demográficas y estado de salud. Se encuentra que la menor afiliación de la población inmigrante respecto a la local se da independientemente de dichas características. Adicionalmente, se analiza cómo varía dicha carencia en la población inmigrante según tiempo en el país, encontrando evidencia de que la menor cobertura se da principalmente durante los primeros años, con niveles cercanos a 80%. Luego, la afiliación llega a niveles similares a la cobertura de la población local. En efecto, a través de un análisis de los determinantes de afiliación utilizando un modelo probit, se respalda la importancia de los primeros años en explicar la diferencia entre ambas poblaciones, aun luego de controlar por características que usualmente determinan la afiliación a seguros de salud. En cuanto al uso de los servicios de salud, se realiza un análisis de la proporción de población que ha hecho uso de consultas o exámenes en los últimos tres meses y que ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses. Los hallazgos exponen que la población inmigrante los utiliza en menor medida que los locales, particularmente las consultas médicas y los exámenes. La probabilidad de haber asistido a una consulta médica en los últimos tres meses es de 27,6% y 43,6% para inmigrantes y locales, respectivamente (diferencia significativa), y a exámenes, de 13,7 y 19,5% (diferencia significativa). Si bien, en gran parte, ello se debe a que las poblaciones son distintas en características socioeconómicas y demográficas, una estimación realizada a través del modelo Blinder-Oaxaca (1973) revela que parte de esta brecha no se explica por dichas diferencias. Ello evidencia que, a igualdad de condiciones, los inmigrantes usan menos las consultas médicas y, a la vez, los exámenes. Finalmente, se analizan cuáles son las características que determinan de forma importante las diferencias encontradas. Destaca la situación laboral, donde quienes están desocupados, inactivos u ocupados sin contrato tienen niveles importantes de carencia. Un 30,3, 19,6 y 39,3% de dichos grupos, respectivamente, no cuentan con afiliación (en locales, en cambio, 7,4, 1,9 y 5,6%, diferencias significativas). A la vez, como se mencionó anteriormente, el tiempo en el país constituye un determinante relevante. Por otro lado, la estimación Blinder-Oaxaca releva la tenencia de redes de apoyo como un factor que aumenta la brecha de uso. En la misma línea, llama la atención que el 26,4% de los inmigrantes que no cuenta con previsión de salud reporta no haber acudido a atenderse cuando lo requirió por no haber podido conseguir hora en los establecimientos de salud, lo que se da en cerca del 8% de los locales, lo que posiblemente sea un reflejo del bajo conocimiento del sistema de salud y cómo acceder a él. Esta información permite focalizar de mejor forma las políticas y programas que apunten a reducir dichas desigualdades. El menor contacto de la población inmigrante con el sistema de salud plantea desafíos a las políticas públicas, que deben enfocarse en la entrega de información sobre el sistema y cómo utilizarlo, y de los derechos y servicios a los que puede acceder la población inmigrante, especialmente, grupos que muestran mayores brechas en acceso. Se hace prioritaria, a la vez, la capacitación de los profesionales de la salud, a fin de que tengan mayor conocimiento acerca de las necesidades de esta población y los grupos de mayor vulnerabilidad.



Horas futuras abreviadas en los controles cardiovasculares

Evelyn Gomez¹, Miguel Calderon², Camilia Cifuentes³.

(1) Servicio de Salud Reloncaví, General de Zona, Pontificia Universidad Católica de Chile

(2) PUC

(3) Pontificia Universidad Católica de Chile

Antecedentes

En el CESFAM Los Volcanes de Llanquihue ha existido una gran rotativa del personal médico en los últimos años. Esto significó en su momento una merma importante de las horas médicas que se disponían para la comunidad. Como una manera de poder seguir a los pacientes, se crearon horas de 15 minutos que permitían ir viendo los ajustes que se realizaban al tratamiento de éstos. En un comienzo, esa hora era dada principalmente por las enfermeras y posteriormente los mismos médicos cuando necesitaban ver a un paciente más seguido. El espectro de pacientes atendidos que abarcaba era principalmente pacientes que requerían ajustar tratamiento antihipertensivo, ajustar tratamiento de insulina o evaluar adherencia de los pacientes que fueran de difícil manejo.

Objetivos

- Evaluar la asistencia a las horas futuras abreviadas de control cardiovascular.
- Evaluar la satisfacción usuaria de los pacientes con las horas abreviadas.
- Evaluar la compensación en las horas abreviadas.

Desarrollo

Se creó un drive con las horas disponibles mensualmente. Se realizó una inducción para los médicos y enfermeras que realizan consultas cardiovasculares en el CESFAM dándose a conocer a todos el uso de este drive y los criterios de inclusión para las horas. No se quería crear falsas expectativas en los pacientes. También se volvió a notificar a los médicos vía correo electrónico la existencia y función de las horas. Posteriormente los médicos y enfermeras empezaron a citar pacientes bajo los criterios ya acordados. Los pacientes se encontraban bastante satisfechos, porque salían de la consulta con una hora para un próximo control ya tomada y además de esto ya sabían con qué médico les tocaba, lo que ayudaba a reforzar el vínculo terapéutico.

Resultados y conclusiones

Se analizó durante un mes y fueron 35 horas futuras que se otorgaron. Las horas se centralizaban en un día en la semana en un horario definido. La encuesta muestra que la asistencia era de un 65% y 34,3% de inasistencia. Cuando se llamó a estos pacientes para preguntar sobre la inasistencia, un 50% respondió que no había podido asistir a la hora, porque no se había podido realizar el seriado de presión arterial, de hemogluco test antes de la cita dada. 56,5% de la población fue mujer y 43,5% eran hombres. Esta es la misma relación que se tiene de pacientes asistentes a sus controles en el CESFAM. 91,3% de los pacientes estaban satisfechos con las horas futuras y encontraban que era una práctica que se debía mantener. El porcentaje que no se encontraba satisfecho fue, porque no entendieron el objetivo de la hora futura y creían que era una hora para resolver múltiples motivos de consulta. 73,9% de los pacientes que asistieron lograron meta de compensación de presión arterial o de sus hemogluco test seriados. Las horas a los que más faltaban los pacientes se concentraban entre las 08:00 am y 08:30 am.

Posteriormente al ver los buenos resultados con esta pequeña muestra de pacientes, se expandió a citar a los pacientes en una modalidad similar a la nutricionista, que son profesionales que también cuentan con escasas horas disponibles en nuestro CESFAM.

El mejor impacto fue para nuestros pacientes, porque estaban muy agradecidos de la preocupación, disponibilidad de horas, evitar tener que ir a otro lugar a gestionar la hora y sentían mayor seguridad de que se les iba a estar controlando hasta lograr la compensación adecuada. Además sirvió para cohesionarnos como equipo y mantener una comunicación más fluida entre profesionales. De esta manera se logró empezar a crear una lista de los pacientes más complejos que deben ser rescatados o evaluados multiprofesionalmente de una manera más integral.

Prevalencia de síntomas depresivos patológicos en alumnos capitalinos y de regiones en primer año de medicina de universidades de Santiago de Chile

Ramón Florenzano¹, **Valentina Herrera**¹, Mariela Ramdohr¹, Constanza Balkenhol¹, Constanza Affeld¹, Freddy Guzmán¹, Matías Masalleras¹.

(1) Medicina, Medicina, Universidad de Los Andes

Introducción: La depresión es un importante problema de salud pública, acarreado la 2ª mayor carga de enfermedad en años de vida perdidos ajustados por discapacidad. En estudiantes de medicina, esta patología es un fenómeno conocido y de creciente estudio. En una revisión sistemática sobre depresión y síntomas depresivos en estudiantes de medicina de 43 países, se encontró una prevalencia de 27,2%. En Chile, el año 2011, Santander de la Pontificia Universidad Católica de Chile encontró que 25% de los estudiantes de medicina presentaban síntomas depresivos patológicos.

Objetivos: Considerando la asociación de esta patología con factores ambientales-psicógenos, es que se propuso investigar si el cambio de ciudad, que experimentan los estudiantes de región al mudarse a la capital para cursar la carrera de medicina, podría ser uno de ellos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, para comparar la prevalencia de síntomas depresivos entre estudiantes capitalinos y de región de primer año de medicina en universidades de Santiago, planteando que estos últimos presentarían mayor prevalencia de síntomas depresivos respecto a pares capitalinos. Además, se buscó indagar si existe algún tipo de asociación, según región de origen y con quien viven en la capital los alumnos de región, además del tipo de universidad. Se presenta la siguiente investigación para que resultados guíen la creación de programas de apoyo dirigido a estudiantes de mayor riesgo.

Materiales y método: La población analizada fue alumnos de 1º año de medicina de universidades de Santiago de Chile, 2017. Para la selección de universidades se utilizó un muestreo no aleatorio y para alumnos un muestreo de cuota. Criterios de inclusión: mayor de edad. Criterios de exclusión: diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica. Se envió de forma online un consentimiento informado junto a cuestionario: primera sección identificó datos sociodemográficos, la segunda identificó síntomas depresivos según Inventario de Depresión Beck BDI-II (Validado en Chile por Melipillán 2008, alta consistencia interna y correlación test-retest), interpretado nivel según puntaje: 1-10 puntos: altibajos normales, 11-16 puntos: leve perturbación del ánimo, 17-20 puntos: estados de depresión intermitentes, 21-30 puntos: depresión moderada, 30-40 puntos: depresión grave, > 40 puntos: depresión extrema; las 5 categorías más altas fueron consideradas como síntomas depresivos patológicos o anormales. De 123 registros obtenidos, se excluyeron 23 por no cumplir criterios, obteniendo muestra de 100 estudiantes: 50 de región y 50 capitalinos. Los datos se ingresaron a plataforma Excel y se procedió a su análisis. El estudio fue autorizado por las autoridades académicas de la Universidad de Los Andes.

Resultados: Un 40% mostró síntomas depresivos patológicos. Alumnos de región mostraron 54% de síntomas depresivos considerados anormales (puntaje de Beck: 14,16) y capitalinos un 26% (puntaje de Beck: 8,54), con OR 3,34 (IC 95% 2,32-4,79). Alumnos de región que vivían solos presentaron puntaje de 18,9 puntos, mientras que los que vivían con amigos y familiares presentaron 13,4 y 10,8 puntos, respectivamente. Además, alumnos provenientes de zona norte mostraron 22,3 puntos, los de zona centro-sur obtuvieron entre 11,9-12,8 puntos y capitalinos 10,1 puntos. En universidades tradicionales un 48% presentaron síntomas depresivos patológicos y en privadas un 30%, con OR 2.11 (IC 95% 1,50 - 3,00).

Conclusiones: La presente investigación reveló una alta prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina, siendo los de mayor riesgo los alumnos de región, con síntomas más severos si vivían solos en la capital. Esto podría revelar que ausencia de convivencia familiar podría ser un factor significativo para el desarrollo de sintomatología depresiva patológica. Según MINSAL, regiones nortinas presentarían menores tasas de depresión, por este motivo llama la atención que sean, precisamente alumnos provenientes del norte, los que presentan mayor puntaje en escala de Beck. Sin embargo, podría especularse que ajustarse a cambio de clima podría influir en esta tendencia. Se observó, además, un mayor riesgo al cursar medicina en una universidad tradicional, lo que podría deberse a una mayor exigencia académica, sin embargo, factores causales no fueron estudiados en el presente estudio. Considerando estos grupos de riesgo identificados, se recomienda a las escuelas de medicina de Santiago que desarrollen sistemas de apoyo dirigidos a esta población estudiantil.



“Evaluación del ambiente educacional en el internado de medicina ambulatoria” *Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes*

Alejandra Paz Santelices¹, Andrés Glasinovic Peña¹, Martín Plaza Garmendia¹, Carolina González¹, Diego Amenábar¹.
(1) Salud Familiar, Medicina, Universidad de Los Andes

Introducción: Con el propósito de fortalecer la práctica de medicina ambulatoria en la malla curricular de pregrado, se incorpora un nuevo internado de medicina ambulatoria de 12 semanas de duración, cuya implementación se realizó por primera vez el año 2017. Dado para la Universidad de los Andes el estudiante es el centro del modelo educativo y el clima de aprendizaje es clave en la formación médica, surge la necesidad de evaluar el ambiente educacional en este nuevo curso de formación para dar cuenta del ideario de nuestra institución.

Objetivo: Evaluar el ambiente educacional en un contexto ambulatorio de estudiantes de 6o año de Medicina que cursaron el internado Ambulatorio el año 2017

Métodos: Se realizó una encuesta voluntaria, anónima, auto aplicada y validada en Chile, llamada “Ambulatory Care Learning Education Environment Measure” (ACLEEM) que fue completada por la totalidad de los alumnos al finalizar el internado ambulatorio, previo consentimiento informado. Esta encuesta consta de 50 preguntas en la que el alumno debe calificar el grado de acuerdo en una escala de Likert. La encuesta fue respondida por los 82 alumnos que cursaron el internado el año 2017.

Resultados: Dentro de los resultados principales de la encuesta, destaca que el 97.56% de los internos percibe que el trabajo en los centros ambulatorios los ayuda a desarrollar destrezas para resolver problemas; el 80.49% siente que los resultados de aprendizaje del programa de rotación se cumplen a cabalidad; el 98.78% percibe que en los centros ambulatorios aprende a tratar enfermedades específicamente ambulatorias; el 86.59% cree que los profesores clínicos son buenos modelos profesionales; el 92.68% siente que en las rotaciones ambulatorias se le prepara adecuadamente para su futuro ejercicio como profesional; el 97.56% siente que los centros ambulatorios lo preparan para atender las necesidades de salud del país; y que el 79.27% se siente parte del equipo de trabajo de los centros ambulatorios.

Conclusiones: El internado de medicina ambulatoria, en su primera generación de alumnos, ha tenido una evaluación del ambiente educacional altamente satisfactoria por parte de sus alumnos participantes.



Organización y gestión de salud desde la comunidad: La experiencia del Centro de Salud Intercultural Boroa-Filulawen

Roxana Sepúlveda¹, Fabiola Silva-Alvarado².

(1) Salud Familiar, Medicina, Universidad de La Frontera

(2) Salud Pública, Medicina, Universidad de La Frontera

Antecedentes: El centro de salud intercultural Boroa Filulawen (CSI Boroa) nació por la necesidad de la comunidad del territorio de Boroa (ubicado en el sector rural de la comuna de Nueva Imperial, Región de La Araucanía), desarrollándose a partir del trabajo de los miembros de la comunidad la creación de un centro de salud gestionado bajo un modelo que incorpora las visiones occidentales y tradicionales de salud de la cultura mapuche y permitiendo la libre elección de los usuarios respecto a las prestaciones a recibir y la interacción de ambos saberes. En este contexto se genera un centro con pertinencia cultural y territorial, abierto a la comunidad que se proyecta respecto a las necesidades de sus integrantes.

Objetivos: Presentar la experiencia de organización comunitaria y territorial desarrollada en Boroa. Presentar la experiencia de integración de saberes occidentales y tradicionales mapuche generada durante la gestión del CSI Boroa.

Desarrollo: El año 2000 la junta de vecinos del territorio de Boroa comienza las primeras acciones como crítica a la falta de acceso de salud a la población, en ese momento prestada solamente por una ronda médica mensual entregada por la municipalidad de Nueva Imperial. El año 2001 se constituye formalmente el “Comité de salud intercultural Boroa Filulawen”, con los objetivos de construir un centro de integral de salud Intercultural acorde a la cosmovisión mapuche, capacitar a miembros de las Comunidades para atender y administrar el Centro de Salud, realizar capacitaciones en diversos temas, tales como salud, economía familiar, educación de niños y adultos, entre otros temas de interés; discutir y definir conjuntamente las políticas de acción por parte de las familias de las comunidades y el equipo técnico de salud y promover al máximo la participación en programas multisectoriales. Inicialmente se logra una ronda médica con profesionales que asisten de forma voluntaria, y el año 2002 mediante las gestiones de los dirigentes del comité en la búsqueda de recursos se logra la construcción de la primera etapa del centro de salud (Ruca), contando con 11 horas médicas y 11 horas de atención dental a la semana. Posterior a ellos se avanza con la construcción de las instalaciones donde actualmente se emplaza el CSI Boroa, que parte sus funciones en Diciembre de 2003 de forma ininterrumpida hasta el día de hoy. De forma paulatina se han logrado conseguir fondos para aumentar las prestaciones de salud tanto occidental como mapuche, contando hasta la fecha con una planta de 40 funcionarios quienes apoyan las atenciones tanto del módulo mapuche, que desde el año 2008 cuenta con su propia casa de la medicina mapuche anexa a la construcción original, como del módulo occidental que cuenta con varias de las atenciones y prestaciones que se entregan en un CESFAM urbano, incorporándose además la rotación de estudiantes de distintas carreras del área de la salud, como una forma de difundir la experiencia y promover en los futuros profesionales la visión familiar, comunitaria e intercultural de prestación de atenciones.

Conclusiones: El CSI Boroa se constituye como una experiencia innovadora en la organización y gestión de la comunidad en la búsqueda y concreción de soluciones a los problemas de salud, con pertinencia cultural y territorial, generando un modelo replicable en otras comunidades y que permite la integración armónica entre los modelos de salud occidentales y mapuche.



Caracterización de los pacientes policonsultantes SAR Chiguayante desde junio 2018 hasta Mayo 2019

Mirza Molina¹, Francisca Davanzo².

(1) De Concepción

(2) Cesfam Chiguayante

INTRODUCCIÓN: La alta presencia de los policonsultantes (7 o más consultas en 12 meses) en los SAR o Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución ha llevado a que se constituya como un problema prioritario en salud pública, ya que su existencia atenta directamente contra el uso eficiente de los recursos. Además, cabe destacar que, en la comuna de Chiguayante, el SAR atiende 24 horas al día, incluso los días hábiles, por lo que es importante conocer el perfil de éstos. **OBJETIVOS:** Caracterizar a los pacientes policonsultantes del SAR Chiguayante desde junio 2018 hasta mayo de 2019, en relación a sexo, edades más prevalentes, motivo de consulta, promedio de consultas y meses de mayor y menor consulta. Además de saber conocer la relación entre las consultas realizadas en horario hábil v/s inhábil.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo. La información se obtuvo de la estadística tanto de RAYEN (horario hábil de 8 a 17 horas, de lunes a viernes) como de SINETSUR (horario inhábil de 17 a 08 horas de lunes a viernes y sábado, domingos y festivos), de los pacientes policonsultantes con 7 o más consultas en el SAR Chiguayante que tengan ficha clínica en el mismo CESFAM, además se realizó filtro por motivo de consulta (se eliminaron las consultas referentes a procedimientos de enfermería como administración de vacunas, tratamientos endovenosos o intramusculares, controles de presión arterial o hemoglucotest) y previsión, incluyendo sólo a los pacientes Fonasa.

RESULTADOS: Se filtran 476 pacientes que cumplen criterios de policonsulta. El número total de consultas fueron 5398. El 64 % son mujeres y el 36% son hombres. El promedio de consultas fue de 11,3 por paciente y el promedio de edad fue 38 años. Los rangos de edad fueron: 0-15 años un 28%, de 16 a 30 años un 16%, de 31 a 45 años un 12%, de 46 a 60 años un 19% y de 61 años o más de 25%. El mes de mayor consulta fue abril con 522 (9,6%) y el de menor consultas fue febrero con 278 (5,1%). Los principales motivos de consulta fueron: respiratorio con un 38%, gastrointestinal con un 19% y osteomuscular con un 15%. En relación al horario de las consultas, destaca que un 39% de ellas se realizaron en horario hábil y un 61% en horario inhábil.

CONCLUSIONES: La caracterización del paciente policonsultante del SAR Chiguayante es de predominio femenino, con una edad promedio de 38 años. En relación al número de consultas por mes, se puede observar que la distribución es bastante homogénea, ya que hay escasa diferencia entre el mes con mayor consulta y el menor, solo un 4% de diferencia (144 pacientes). Además, al observar los motivos de consulta, se puede ver que difieren de la descripción de los policonsultantes en general, ya que otros estudios muestran que más de un 30% corresponden a patología de salud mental, lo cual nos permite ver que existen otros factores que influyen en su salud. Otro hecho relevante, es que casi un 40% de las consultas están fuera del horario SAR habitual (de 17 A 08 horas), lo que nos permite inferir que hay otros factores que influyen en estas policonsultas, que es importante conocer. Por todo lo anterior, podemos deducir que el perfil de los policonsultantes SAR Chiguayante es diferente al resto de las comunas, porque hay un factor muy importante, que es el funcionamiento 24 horas del servicio de urgencias. Entonces, esta caracterización permitirá la creación de estrategias para abordar a este grupo de pacientes e identificar los factores que influyen en su salud.

Primera evaluación de salud en población haitiana inmigrante en Chile

Alejandro Soza¹, Felipe Peirano², Francisco Fuster³, Francisco Idalsoaga¹, Ruth Nuñez¹, Katherine González⁴, José Ignacio Vargas¹, Denisse Estay³, Beatrice Barchiesi⁵, Antonieta Fuster⁶, Ignacia López⁶, Nicolás Utrera⁵, José Linderos⁷, Javiera Chandía⁷, Angela Paredes⁷, Daniela Reyes⁷, Rodrigo Arias⁷, Luis Padilla⁷, Hernán Suarez⁷, Katia Farcas⁷, Macarena Cannistra⁷, Geraldine Muñoz⁷, Nicolás Vargas⁷, Ignacio Rodríguez⁷, Ivana Ormazabal⁷, Josefina Cortés⁷, Bárbara Cornejo⁷, Franco Manzur⁷, Valentina Cox⁷, Vicente Leiva⁷, Marcia Ocares⁸, Daniela Carrion⁸, Pilar Labbe⁸, Marcela Vidal⁸, Valeska Sarmiento⁸, Ada Carrillo⁸, Carla Araya⁸, Julio Miranda⁸, Victoria Raimann⁹, Catalina Arrau⁹, Begoña Del Río⁹, Francisco Silva⁹, Antonia Reyes⁹, Francisco Landeros⁹.

(1) Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile

(2) Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso

(3) Unidad de Hepatología, Hospital Gustavo Fricke

(4) Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínico, Universidad de Chile

(5) Universidad de Valparaíso

(6) Universidad Andrés Bello

(7) Pontificia Universidad Católica de Chile

(8) Pontificia Universidad Católica de Chile

(9) Universidad de Chile

(Sponsored by Red UC Christus - Pontificia Universidad Católica De Chile)

En los últimos años se ha producido un aumento explosivo en la inmigración a nuestro país. El fenómeno migratorio es complejo de entender y desafortunadamente la información existente es fragmentaria y muchas veces incompleta. En particular, la información relativa a las condiciones de salud de la población migrante en nuestro país es prácticamente inexistente debido a múltiples causas que incluyen falta de estudios dirigidos y pobre registro. La inmigración haitiana en Chile ha presentado un aumento exponencial y presenta desafíos especiales debido a la barrera idiomática y cultural. Por otro lado, la situación de salud en Haití muestra que hay una prevalencia elevada de ciertas condiciones de salud como enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión mientras que la obesidad es menos frecuente. Ciertas enfermedades transmisibles como la infección por VIH, hepatitis B y C tienen una alta prevalencia en ese país.

Objetivos: Conocer las características principales de la población haitiana adulta migrante, así como la prevalencia de problemas de salud seleccionados.

Métodos: Estudio transversal de prevalencia mediante encuesta estructurada, medición de variables antropométricas y toma de una muestra de sangre. Se reclutaron sujetos nacidos en Haití viviendo en Chile mayores de 18 años, con cualquier status migratorio y que entendieron y firmaron el consentimiento informado, de la Región Metropolitana y Región de Valparaíso. Todos los sujetos eran vinculados al servicio de salud correspondiente y se hizo seguimiento de las patologías detectadas.

Resultados: Se reclutaron 459 sujetos, 61% de sexo femenino, edad promedio 31 años. La estadía promedio en Chile al momento de la encuesta fue de 1 año 5 meses. El 51% de las personas vivía en ambiente urbano antes de emigrar a Chile. En una escala de 1 a 7 de bienestar, el promedio fue de 4,4. El 42% reportó haberse sentido moderadamente, muy o demasiado, triste o decaído durante el último mes. Se encontró un IMC > 25 en 49% y > 30 en 16%. Un 29% tenía una circunferencia abdominal > 102 cm en hombres o > 88 cm en mujeres. La prevalencia de hipertensión definida como PA > 140/90 fue de 30%. Se encontró hiperglicemia de ayunas > 100 mg/dL en 12% y > 126 mg/dL en 1%. La creatinina promedio fue de 0,8 mg/d, con un 0,2% presentando filtración glomerular < 60 mL/min calculado por CKD-EPI. Se encontró un colesterol total > 200 mg/dL en un 14%, LDL > 160 mg/dL en un 3%, HDL alterado en un 40% definido como HDL < 40 mg/dl en mujeres o < 50 mg/dl en hombres, y TG > 150 mg/dl en un 7%. Se encontró un riesgo cardiovascular a 10 años > 5% en un 1%, y > 10% en un 0.7% calculado mediante ATP III hard CHD risk score (2002). El 2% autoreportaba fumar 1 o más cigarrillos al día, mientras que el 2% bebía 1 o más tragos de alcohol al día, con un 57% declarándose abstemio. La prevalencia de infección confirmada por HCV fue de 0,2%. La prevalencia de infección por HBV (HBsAg positivo) fue de 3,6%, mientras que la seroprevalencia de anti-HBc total (indicador de exposición previa a hepatitis B) fue de 37%. La prevalencia de infección confirmada por HIV fue de 2,3%.

Discusión: El presente estudio es el primero en determinar en forma objetiva la situación de salud de la población haitiana migrante en Chile. Se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es menor que la reportada en población chilena. La alta prevalencia de hipertensión es destacable, pero debe confirmarse con estudios dirigidos. Se confirma una elevada prevalencia de infección por hepatitis B y HIV, similar a la reportada en Haití, lo que debe servir de base para el diseño de políticas públicas para facilitar el diagnóstico y vinculación con los sistemas de salud en casos positivos. Particularmente importante parece ser la implementación de medidas de detección de hepatitis B en embarazadas y la vacunación de los sujetos no expuestos.

Concurso Pastoral Pontificia Universidad Católica de Chile y Laboratorio Gadon



Modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas: una oportunidad de innovación en docencia

Patricia M. Valenzuela¹, Claudia Bambs², Martín Fritzsche³, Diego Constenla³, Lucas Oberpaur³, Marcela Lagos⁴, Solange Campos⁵, Doris Muñoz⁶.

- (1) Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
- (2) Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
- (3) Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
- (4) Departamento de Laboratorios Clínicos, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
- (5) Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
- (6) Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Antecedentes: La epidemia de enfermedades crónicas (EC) y la multimorbilidad que la caracteriza representan un gran desafío para los sistemas de salud, siendo la primera causa de morbi-mortalidad y aumento de costos a nivel nacional y mundial. Se ha propuesto un cambio del modelo de atención tradicional a uno centrado en el paciente, el cual forma parte de las estrategias para el logro de objetivos de salud 2011-2020 del Ministerio de Salud. La reforma curricular de la carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile en 2015, ofreció una oportunidad de integrar este tema en forma temprana con los estudiantes de Medicina. Dentro del curso “Bases y Fundamentos de la Medicina”, que se imparte en el primer año de la carrera, se creó la Unidad “Introducción al modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas”, que guía a los alumnos recién ingresados a reconocer la vivencia y las características del oficio médico en relación a la atención de personas con EC. Presentamos la experiencia de diseño, implementación y evaluación de esta Unidad, como un espacio de exposición precoz del estudiante de Medicina a la realidad de las EC.

Objetivo: Crear e implementar una unidad con actividades teórico-prácticos para estudiantes de primer año de Medicina, donde conozcan y reflexionen en conjunto sobre el trabajo para la adecuada atención de personas con enfermedades crónicas.

Desarrollo: Se formó un equipo de trabajo multidisciplinario con académicos de Medicina y Enfermería, para diseñar un programa con metodologías de enseñanza aprendizaje que estimularan la participación y reflexión activa de los estudiantes respecto a la atención de los pacientes con EC. El programa contempló cuatro objetivos con actividades específicas:

1. Reconocer la complejidad de las EC y sus determinantes en el contexto chileno: Exposición teórica con discusión y reflexión en grupo.
2. Reflexionar sobre los desafíos que enfrenta una persona con EC para cumplir su tratamiento: Ejercicio de cumplimiento de indicaciones habituales de un paciente con EC. Durante una semana los estudiantes deben intentar cumplir indicaciones de hábitos saludables y se les solicita llenar una planilla registrando el logro diario. Al final de la semana escriben una reflexión respecto a la experiencia. La información obtenida es tabulada en forma anónima y se realiza una reflexión grupal sobre la vivencia.
3. Analizar y valorar los elementos del MCC en un paciente que está en tratamiento por una EC. Los estudiantes aplican el instrumento Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) a un paciente con enfermedad crónica y analizan desde la perspectiva del paciente su experiencia a la atención de salud recibida. Los estudiantes realizan un informe con los resultados del PACIC y reflexión sobre esto.
4. Discutir y reflexionar en torno al tema de las EC, pertinencia de contar con un modelo, herramientas de apoyo al automanejo y relevancia del trabajo conjunto entre los integrantes del equipo de salud: trabajo en grupo, diseño de un modelo.

Resultados y conclusiones: La Unidad se ha realizado desde 2016 a 2019 a través de módulos teórico-prácticos durante dos mañanas completas. Incluye trabajo en grupo pequeño, donde los docentes incentivan constantemente la participación y la discusión activa. Al final de cada sesión se entrega una encuesta a los estudiantes para evaluar contenidos, metodología utilizada y si recomendarían o no la unidad a otros estudiantes. De los 437 estudiantes que han realizado esta Unidad, un 88% respondió “muy de acuerdo” o “de acuerdo” con recomendarla a otros estudiantes, un 92% opinó lo mismo respecto a la pertinencia de los contenidos y un 85% respecto a la metodología utilizada. Se presentarán las percepciones de los estudiantes acerca de su experiencia al realizar el ejercicio de cumplimiento de indicaciones y de la aplicación PACIC, en forma cuali-cuantitativa. La Unidad descrita constituyó una experiencia innovadora dentro de la malla curricular de Pregrado en Medicina, que permitió conectar a los estudiantes con la realidad de los pacientes con EC y las dificultades que enfrentan de manera cotidiana. Esta experiencia fue bien valorada por los estudiantes y puede constituir un primer paso para el continuo curricular del tema de las enfermedades crónicas en la enseñanza de las nuevas generaciones de profesionales de la salud en Chile.

Experiencia del programa “Taller Acompañando en el cuidado y desarrollo de niños y niñas migrantes”

M. Eliana Correa Matus¹, Francisco Villalón López^{2,3}, Báltica Cabieses Valdés⁴.

(1) Investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina , Facultad de Medicina - Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

(2) Fundación Ilusióname

(3) Colaborador del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina , Facultad de Medicina - Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

(4) Directora del Programa Estudios Sociales en Salud de Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina , Facultad de Medicina - Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

(Sponsored by Fundación Ilusióname)

Antecedentes: Las familias migrantes se ven expuestas a vulnerabilidades relacionadas con el desafío de migrar y de asentarse, contando con menores redes de apoyo y atravesando más dificultades para acceder a servicios sociales y de protección. Viven en mayor pobreza multidimensional que las familias chilenas (23,4% v/s 18,4%), considerando salud, vivienda, ingreso y educación, y viven en mayores condiciones de hacinamiento crítico (3,9% v/s 0,8%) (CASEN 2017). Los niños migrantes crecen en un nuevo entorno, atravesando diversas dificultades. Según la encuesta CASEN 2017, los niños migrantes sin previsión en salud corresponden a un 20,2% (v/s 1,2% de niños chilenos). Por otro lado, experimentan más situaciones de exclusión o discriminación y enfrentan más barreras para su adscripción al sistema educacional. Profesionales de salud y educación perciben un mayor rezago en su desarrollo psicomotor, lo que trae mayores dificultades en su desarrollo. Dentro de las comunas más vulnerables del país, se encuentran las comunas de La Granja, La Pintana y San Ramón, donde la migración internacional ha aumentado durante los últimos años y recientemente se han ido incorporando acciones para lograr una integración de la comunidad migrante. La población migrante total que vive en estas tres comunas correspondería a 9.256 personas, de las cuales 5.665 llegaron entre el 2010 y 2017 (CENSO 2017). El Hospital Padre Hurtado (HPH) corresponde al hospital que brinda atención a estas comunas.

Objetivos: Apoyar al cuidado de hijos de familias migrantes que crecen en situación de vulnerabilidad social en Chile, a través de un programa piloto de formación básico que entregue herramientas a familias y cuidadores de la comunidad, promoviendo un desarrollo integral de los niños.

Desarrollo: El proyecto fue organizado y financiado por el Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo (UDD) y la Fundación Ilusióname, en colaboración con la Facultad de Educación y la Escuela de Enfermería UDD. Se elaboró un programa de 8 horas, de 4 módulos con contenidos básicos relacionados al cuidado y desarrollo de niños(as): Rol de padres y cuidadores en el cuidado de niños(as), sistema de salud en Chile: funcionamiento, acceso y uso, primeros auxilios en el hogar y estimulación del desarrollo psicomotor. Se estableció un máximo de 15 cupos para el piloto del programa. La modalidad de las clases fue expositiva y participativa, dictadas por dos enfermeras y una psicóloga. Los participantes se contactaron a través de las referentes de migración del HPH y de la comuna de La Granja, seleccionando familias migrantes que llevarán poco tiempo en Chile. Para facilitar la participación de familias haitianas se contó con un facilitador que habla creole. Además, se contó con el apoyo de una sala de cuidado donde educadoras, parvularias y estudiantes de la Facultad de Educación realizaron actividades con los niños para facilitar la asistencia. Los talleres fueron realizados en las dependencias de la UDD en el HPH, dos sábados contiguos del mes de julio el 2019. Para evaluar el programa, se elaboraron dos encuestas de autoaplicación para los participantes. En este trabajo se presentan los resultados de la primera encuesta, que buscó evaluar el programa de manera general y por módulos, calificando el taller y cada módulo y se indagó con preguntas abiertas sobre necesidades y mejoras.

Resultados y conclusiones: En total participaron 10 familias en el taller, de las cuales 50% eran originarias de Venezuela, 40% de Haití y 10% de Chile. El 90% de los participantes fueron mujeres. El 90% de los participantes completó el programa completo. En la evaluación, el 89% de los participantes evaluó con nota máxima el taller, logrando un promedio de 6.9 sobre 7. El módulo mejor evaluado correspondió al de estimulación del desarrollo psicomotor con 6.8. El 100% refirió que recomendaría el taller a otra persona. En las respuestas abiertas, las participantes refieren que aprendieron herramientas útiles para el cuidado de sus hijos y reconocen la importancia de estas para su desarrollo integral. En relación a las sugerencias a mejorar, los participantes señalaron aumentar la cantidad de cupos y realizar más difusión. Otras personas sugieren cambiar el horario y profundizar en primeros auxilios. Este programa es un primer acercamiento para un cuidado en salud integral, más allá de la atención, como respuesta a la necesidad de inclusión e inserción en salud desde la atención primaria.

*Financiado por Fundación Ilusióname y Programa Estudios Sociales en Salud de Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.



Vulnerabilidad familiar en CESFAM Panguipulli: Caracterización de familias usuaria a partir de Score de Vulnerabilidad en Salud

Lilian Beatriz Fernández¹, Javiera Beatriz Delgado², Consuelo Belén Telechea¹, Sergio Muñoz³.

(1) Pediatría, Medicina, Universidad de La Frontera

(2) Salud Familiar, Medicina, Universidad de La Frontera

(3) Salud Pública, Medicina, Universidad de La Frontera

El bienestar o vida familiar saludable es un potente factor protector de enfermedades crónicas no trasmisibles y de salud mental, asimismo comprobadas están las múltiples intervenciones familiares en salud primaria que han tenido buenos resultados (Leniz, García-Huidobro, 2012). Por otro lado, conocido es el enfoque poblacional en salud primaria que, al contrario del enfoque de riesgo, implica el conocimiento del nivel de vulnerabilidad de la población usuaria de los centros de atención para así poder enfocar las distintas intervenciones preventivas en los diferentes grupos o familias. No existen en Chile instrumentos operativos de medición de vulnerabilidad familiar en salud que considere, además del funcionamiento familiar (Püschel, Soto, Cerda, Rojas, 2012) determinantes sociales de la familia y del entorno, y que presente utilidad en centros de salud cuyo contexto sea preponderantemente rural. Frente a esto, se presenta un estudio por medio del cual un equipo interdisciplinario elaboró un instrumento válido y consistente que permite rankear a las familias según vulnerabilidad en un CESFAM de la comuna de Panguipulli, Región de los Ríos, y así permitir intervenciones con enfoque poblacional en Salud Primaria, así mismo los resultados de la primera aplicación de este cuestionario en dicho centro de salud, en relación a las variables y dimensiones consultadas.

Objetivo General: Caracterizar población usuaria de CESFAM de la comuna de Panguipulli en función de nivel de vulnerabilidad familiar, a través de un instrumento elaborado de manera participativa. **Objetivos Específicos:** 1) Determinar el nivel de vulnerabilidad de las familias usuarias del CESFAM Panguipulli, a partir de instrumento elaborado 2) Caracterizar sociodemográficamente a las familias usuarias del CESFAM Panguipulli según su nivel de vulnerabilidad.

Material y método: Diseño metodológico es mixto con un componente cualitativo en la construcción del instrumento (Etapa 1), a partir de la opinión de expertos y usuarios/as de la salud primaria, y un componente cuantitativo en su validación (Etapa 2), a través de aplicación a una muestra de 204 familias usuarias del CESFAM de Panguipulli, lo que permitió realizar un proceso de reducción de variables y un Análisis de Componentes Principales para finalmente construir un Modelo de Score de Vulnerabilidad Familiar en Salud. Se observó el comportamiento del modelo, en la cual se validó la consistencia del Score mediante el estudio de la asociación con los Daños. Luego de obtenido el Score de cada una de las 204 familias que participaron en la aplicación masiva, se procedió a comprobar si este modelo tenía sentido, a la luz de la definición de Vulnerabilidad Familiar en Salud, a saber, la relación entre esto y la posibilidad de que los miembros de una familia puedan sufrir daños. Según el Modelo explicativo de la Vulnerabilidad Familiar en Salud, obtenido a partir del Análisis de Componentes Principales, se obtienen los score de las diferentes familias que fueron parte de la muestra a la que se le aplicó el Cuestionario Prototipo en forma masiva (n: 204 familias).

Resultados: Los resultados muestran que estos puntajes varían entre un 0,9 y 4,0, con un promedio de 1,93. Considerando que este tipo de análisis estadístico permite establecer una lectura comparada de estos puntajes, se establecen puntos de corte comparativos sobre lo que sería un nivel bajo, medio o alto de Vulnerabilidad Familiar en Salud. Como ejemplo e casi un 76% de la población encuestada que no presenta daño, considerándose un score promedio de 1,86. El grupo que presenta daño, constituye un 24.1% del total de las familias, con un score promedio de 2.18. Por tanto el Score de Vulnerabilidad Familiar en Salud de las familias que presentan el daño es significativamente mayor ($P= 0,001$) que aquellas familias que no tienen trastorno emocional. **Conclusiones:** A través del Score de Vulnerabilidad Familiar, es posible *rankear* a las familias, lo cual permite conocer la distribución de la población usuaria del CESFAM en relación a su puntaje en el score de Vulnerabilidad Familiar. Con ello, el equipo del CESFAM, puede tomar decisiones para intervenciones o focalización.

UFRO

Interacción de los sistemas médicos en contexto intercultural y rural. Rol de los médicos familiares

Delia Soledad Millacura¹.

(1) Medicina Familiar, Medicina, Universidad de La Frontera

Introducción

Los sistemas médicos han existido desde siempre en los contextos rurales, así como también los procesos de salud/enfermedad/autoatención (1), que son las primeras procuras asistenciales de las personas en el enfermar. Decidir a quién acudir primero, que terapéutica ver, son decisiones que se toman en el seno familiar, y que muchas veces involucran decisiones comunitarias, en donde la comunidad en su conjunto decide apoyar a su familiar, amigo o pariente en el caminar hacia la sanación.

Es por tanto necesario que el contexto de salud en los espacios rurales sea un área conocida por el Médico Familiar, saber que al enfrentarnos a formas muy locales de manifestaciones del enfermar se conocen como Síndromes Culturales (2), no para tratarlos, sino para saber que hay otros agentes de salud que pueden colaborar para realizar un plan de intervención mucho más pertinente y con perspectiva intercultural.

Esta investigación cualitativa quiere dar la relevancia que le corresponde a esta interacción, poniendo énfasis en el rol de los Médicos Familiares en ese proceso.

Objetivo General:

- Mostrar los sistemas médicos propios de los territorios rurales de la región de la Araucanía

Objetivos Específicos:

- Mostrar que la interacción de los sistemas médicos propios y el de medicina familiar, pueden trabajar en conjunto.
- Mostrar que esta interacción favorece la procura asistencial de las familias rurales, siendo elementos complementarios.

Material y Métodos

Se realizó revisión bibliográfica y entrevistas a actores principales (3). Además, se efectuó trabajo inicial de interacción de ambos sistemas, con un protocolo de derivación entre machi y médico familiar.

Resultados

En sus inicios la posta de salud rural (4), era ser un espacio de encuentro comunitario, en donde la comunidad mostraba sus aflicciones en salud, la primera persona quien le comentaban estas situaciones, era al Auxiliar (5) de Posta o conocido ahora con TENS, sin embargo, cuando ellos comentaban la situación de alguna persona en particular de la comunidad, a algún miembro del equipo de salud, estas procuras asistenciales eran invisibilizadas y peor aun cuando las personas develaban que acudían a otros terapeutas tradicionales para el problema de salud que ellos padecían, el dialogo se perdía, la mayor parte de las veces por desconocimiento, y también por la escasa voluntad de parte de los galenos de conocer de que se tratan estos sistemas médicos que interactúan en los contextos rurales de forma recursiva.

Las entrevistas realizadas a la machi Rosa Barboza Caniullan, de la comuna de nueva imperial en la región de la Araucanía. Se pesquisarón 3 casos que ella en particular derivó a médico con resultados positivos y en donde los diagnósticos coincidieron:

1. Mujer de 16 años, fue llevada por su madre a machi por dolor abdominal, y trastorno de sus menstruaciones. Al ver la orina de la niña, la machi dice que es necesario sea vista por un ginecólogo, ya que lo que tiene la niña no es embarazo. Una vez que fue vista por médico se detecta tumor de 12 cm en ovario, fue operada y las molestias se eliminaron.
2. Mujer de 13 años, va a machi por dolor abdominal muy fuerte, había sido vista por médico en el consultorio, pero los dolores no disminuían. La machi a través de la orina, determina que la niña tiene apendicitis y que debe ser llevada con urgencia a médico. Es al SUI de la clínica mayor en donde se detecta apendicitis, es operada de urgencia.
3. Mujer de 15 años, fue vista por médicos por múltiples resfríos, dolor de oído y de garganta, se le daban antibióticos, con los cuales mejoraba, pero luego iniciaba nuevamente el ciclo de dolor y fiebre. Fue vista por machi que a través de la orina determina que tiene infección ótica producto de adenoides de gran tamaño, recomienda ser vista por un otorrinolaringólogo. Es vista por el especialista, se le realiza exs diagnósticos coincidiendo con diagnóstico. Se hace tratamiento quirúrgico, y las molestias en las vías respiratorias altas desaparecieron.



Conclusiones

Los Médicos Familiares, además de tomar en cuenta el contexto familiar de las personas a quienes trata, debe sumar en su actuar la importancia del contexto histórico (6) del enfermar de esa familia, de ese individuo, no solo porque este determinado socialmente.

Los sistemas médicos propios de una comunidad existen desde hace miles de años, y tratan las dolencias provocadas por los Síndromes Culturales (3) que se generan cuando algún integrante realiza una acción que va en contra de las normas establecidas por la cultura.

El tratamiento de estas dolencias involucra sesiones de terapia individual, y también involucra a la familia del individuo y a la comunidad donde radica esta persona.

La interacción de estos sistemas médicos con la Medicina Familiar es completamente posible, solo falta generar más confianzas en los terapeutas mapuche para iniciar una conversación con respecto al bienestar de los sujetos tratados. Solo falta la voluntad de los médicos familiares en iniciar esta conversación para comenzar a empaparnos de las normas sociales que impone una cultura milenaria que ha compartido terreno por años con los “occidentales”, solo falta que los médicos familiares comprendamos el mundo mapuche (7) y nos empapemos de los síntomas de su enfermar, y para ellos es necesario despojarse de todo sesgo personal, de todo prejuicio particular, y aprender a mirar la cultura mapuche con los otros sentidos que tenemos dormidos.

Bibliografía

- 1.- Menéndez, Eduardo. **“Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”**. Ciência & Saúde Coletiva, 2003
- 2.- Ibacache, Jaime. **“Síndromes Culturales en el archipiélago de Chiloé. Sobreparto, Mal, Susto y Corriente de Aire”**. Unidad de Salud Colectiva, Chiloé, 2010
- 3.- Barbosa, Rosa. Entrevista a machi acerca de su vivencia sobre ejercer la medicina mapuche. Hecha el 14 de junio de 2019 (formato audio)
- 4.- Jurici, Bogoslav et all. Boletín de la oficina sanitaria Panamericana; **“Salud Rural en Chile: Programa para atraer Médicos a las zonas rurales”**, marzo 1975.
- 5.- MINSAL. **Normas Técnicas de Posta de Salud Rural**, SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES Norma técnica 121 Serie cuaderno de redes 35, 2011
- 6.- Laurell, Asa. **“La Salud-Enfermedad como proceso social”**, 1981, universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
- 7.- Marileo, Armando. Medicinas y Culturas en la Araucanía: **“Mundo Mapuche”**, págs. 90 – 107, año 1995

Otros textos revisados:

- Hanse, Felipe. **“Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena”**, 2012.
- Marimán, Pablo. Escucha Winka; **“Los mapuche antes de la conquista militar chileno argentina”**; págs. 1 a la 61; año 2006
- Quidel, José. Entrevista acerca de la realidad de los sistemas médicos en el Territorio Mapuche. Hecha el 17 de junio de 2019
- Cuyul, Andrés. **“La política de salud chilena y el pueblo mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud”**, octubre 2013
- CEPAL. **“Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile Situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos”**, Naciones Unidas, año 2012
- MINSAL/CEPAL **“Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco,”** MINSAL, 2010
- MINSAL. **Estrategias Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 – 2020**, págs. 208 - 212



Cuidados paliativos en atención primaria, percepciones y experiencia en el centro de salud familiar Panguipulli

Laura Inés Villares¹.

(1) Cesfam Panguipulli

Considerando las características de los cuidados paliativos, y desde un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, como el vigente en Chile, se puede considerar que el primer nivel de atención cumple con los requisitos para implementar, articular y coordinar los cuidados paliativos; e impresiona necesario el desarrollo de acciones tendientes a fortalecer esta gestión con base en Atención Primaria de Salud (APS). Para ello se plantea como fundamental explorar las experiencias de las personas bajo control en un programa desarrollado en un Centro de Salud Familiar, y las percepciones de usuarios, cuidadores y profesionales del equipo, en relación a fortalezas, debilidades y aspectos significativos en el proceso de atención. El objetivo general de este estudio se basa en explorar la percepción de las personas con enfermedad terminal, y sus familiares, que recibieron cuidados paliativos organizados y ejecutados por un equipo de Atención Primaria, así como también de profesionales pertenecientes al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Centro de Salud Familiar de Panguipulli. Para ello se propone una metodología cualitativa de perspectiva fenomenológica, utilizando como instrumentos de producción de información las entrevistas semiestructuradas y el grupo focal; el tipo de análisis fue de contenido. Los resultados apuntan a una elevada satisfacción de los usuarios, con una percepción de acompañamiento y vinculación al equipo del programa que desplaza el foco de la atención a los aspectos relacionales y al fenómeno multidimensional de interacción equipo-persona-familia, rescatándose los elementos que deben profundizarse y fortalecerse en esta relación para obtener mejores resultados terapéuticos. Se demuestra que la calidad de atención depende del desarrollo de un trato afectuoso, centrado en las necesidades de la persona, con habilidades comunicacionales y una actitud profesional de presencia terapéutica. En el análisis global se evidencian como fortalezas y elementos significativos del equipo y del programa, características que son también aspectos fundamentales o principios rectores del quehacer de la APS y de la esencia de la Medicina Familiar y Comunitaria.



POSTERS

Validez y confiabilidad de escala FACES IV en un grupo de adultos mayores del CESFAM Aviador Acevedo

Carlos Horacio Albornoz¹.

(1) Universidad de Valparaíso

Introducción Actualmente la familia es el contexto más relevante en la formación del ser humano, como también lo son las experiencias de los primeros años de vida, que finalmente darán lugar al desarrollo de la personalidad del individuo¹. Es por esto, que se hace imprescindible contar con un instrumento que evalúe diversas dimensiones de la dinámica familiar y nos acerque aún más a un diagnóstico familiar, el cual podremos valorar e intervenir. El instrumento FACES IV de OLSON (2000) se encarga de medir la cohesión y flexibilidad de la familia. Consta de seis escalas: dos escalas balanceadas de 7 ítems cada una (Cohesión balanceada y Flexibilidad balanceada) y cuatro escalas desbalanceadas, también de 7 ítems cada una, que evalúan los extremos superiores e inferiores de la cohesión y la flexibilidad (Enmarañada y Desligada, Rígida y Caótica, respectivamente). Estos 42 ítems se complementan con una escala que evalúa la Comunicación Familiar, compuesta por 10 ítems, y otra que indaga Satisfacción Familiar, compuesta por otros 10 ítems, sumando el paquete un total de 62 ítems. Se puntúa a través de una escala de tipo Likert que va de 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta 5 (Totalmente de acuerdo), y puede ser respondido por personas mayores de 12 años. El objetivo principal del estudio es validar el constructo mediante la correlación ítem – sub escala. Para obtener la confiabilidad por consistencia interna se utilizará el cálculo de alfa de Cronbach para cada escala. Materiales y métodos Estudio descriptivo transversal realizado en 104 adultos mayores pertenecientes al CESFAM Aviador Acevedo. Se estudió la consistencia interna de la escala que evalúa el funcionamiento familiar a partir del *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES IV) con el alfa de Cronbach de cada dimensión y la validez de constructo con el análisis factorial exploratorio. Resultados La fiabilidad de las escalas es: cohesión balanceada α de cronbach 0.65; Flexibilidad balanceada α de cronbach 0.63; Rígida α de cronbach 0.7; Caótica α de cronbach 0.67; Desligada α de cronbach 0.70; Enmarañada α de cronbach 0.66; Comunicación α de cronbach 0.82 y Satisfacción α de cronbach 0.88. Con respecto a la dimensionalidad, en todos los casos el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue mayor de 0.5 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa en todos ellos. En el análisis factorial exploratorio, los porcentajes de varianza explicada en todas las escalas fue mayor al 30%. Discusión Se logró cumplir con el objetivo de evaluar propiedades psicométricas del instrumento FACES IV en los adultos mayores del CESFAM Aviador Acevedo. Se estableció la confiabilidad de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar en todos los sub ítems, en donde los coeficientes fueron respetables, variando desde 0.88 hasta 0.63. El instrumento FACES IV y los resultados obtenidos en este estudio, nos ayudarán a aproximarnos a una evaluación del funcionamiento familiar cada vez más acertada de lo que versiones anteriores del FACES otorgaban, sin embargo, aún faltan estudios que logren mejorar aún más las propiedades psicométricas de las escalas aquí evaluadas. Bibliografía 1. Suárez, P., Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista Psicoespacios*, 12(20): 173- 198, Disponible en <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>



Taller de Cocina Saludable: de la teoría a la Práctica en CESFAM Norte

Lianny Paola Peñaranda¹, Karim Caamaño Arevalo², Macarena Pilar Córdova ².

(1) Salud Familiar y Comunitaria, Salud Pública, Universidad de Concepción

(2) Salud Pública, Universidad de Concepción

Antecedentes: Entre las actividades para el mes del Corazón Agosto de 2018 se realizan talleres informativos con diferentes grupos que hacen uso de la Sede Crónicos del Centro de Salud Familiar Norte Dr. Atilio Almagía Pereira (DESFAM Norte), entre estos grupos se destaca el Grupo de Hipertensos quienes se reúnen 1 vez al mes en dicha sede durante 3 a 4 horas, en sus reuniones realizaban compartir de alimentos (once) hipercalóricos y bebidas gaseosas.

Durante el taller informativo se menciona la alimentación saludable como un factor protector cardiovascular, ante lo cual ellos hacen referencia que saben que eso es así pero no saben cómo hacerlo, ni que tipos de alimentos que se adecúe a sus ingresos económicos y patologías crónicas.

Objetivos: Propuestos por el grupo de Hipertensos.

- Desarrollar actividades prácticas de cocina saludable en grupo.
- Entregar conocimientos de alimentación saludable.
- Modificación de los alimentos que consumen durante el compartir en la reuniones.
- Participación del equipo de trabajo en actividades fuera del Box Clínico.

Desarrollo: Se realizan talleres de cocina saludable 1 vez al mes durante las reuniones del Grupo de Hipertensos en la sede crónicos del CESFAM Norte, donde lleva a cabo: la elaboración de 1 receta en cada reunión por los integrantes del grupo, prueba de dicho alimento preparado, recolección de opiniones, y planificación de la siguiente reunión con receta a preparar, así como la asignación de los materiales a traer por cada uno para la siguiente actividad.

En la planificación y elaboración de las actividades participan los integrantes del equipo CESFAM Norte: Nutricionista Módulo 1, Asistente Social Módulo 1, residente de Medicina Familiar y Comunitaria y los integrantes del grupo de Hipertensos.

Resultados y/o conclusiones: Se han realizado 6 Talleres de Cocina Saludable desde Octubre 2018 hasta Julio de 2019 con la participación activa de 13 a 16 usuarios externos integrantes del grupo de Hipertensos y 3 integrantes pertenecientes al equipo del CESFAM Norte, todo esto ha permitido la práctica de la gama de opciones al momento de la selección de alimentos y preparación de comidas saludables, esto ha llevado a la modificación por decisión propia del grupo de las comidas que comparten durante sus reuniones, ha permitido ampliar sus oportunidades de alimentación acorde a las patologías crónicas que padecen y a sus ingresos económicos permitiendo un mayor autocuidado de ellos y sus familiares mostrándolo en la práctica fuera de los talleres. Por otro lado ha fortalecido la participación y el trabajo en equipo de Médico-Nutricionista- Asistente Social. Y por último permitió que los integrantes del grupo se empoderaran y redescubrieran sus capacidades buscando actualmente completar 6 recetas más para publicar un recetario propio creado por ellos.

Interculturalidad en la atención infantil: Experiencia del Patronato Madre Hijo

Sebastián Ignacio Peralta¹, Paola Astudillo¹, Rodrigo Nuñez², Belen Corvalan².

(1) Centro de Salud Santiago, Patronato Madre Hijo

(2) Escuela de Medicina, Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile

Antecedentes: el Patronato Madre Hijo es una institución de beneficencia creada en 1901 en un contexto de gran morbilidad y desnutrición infantil. Actualmente tiene un enfoque hacia un modelo de acompañamiento integral de las familias, trabajando en la prevención, contención e intervención temprana durante los primeros 3 años de la vida de nuestros/as pacientes. Durante los últimos cinco años en Chile se ha intensificado la inmigración internacional, instalándose como un tema de alto interés público. De hecho según cifras de DEM 4 se estima que hay 1.251.225 personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2018, representando un aumento de 67.6% con respecto a la población efectivamente censada, con Haití como la tercera comunidad más numerosa del país. En enero de 2017 se crea el área de Migración e Interculturalidad del Patronato Madre hijo, esta iniciativa surge como una necesidad de brindar un mejor servicio a la población migrante, avanzando en superar la brecha idiomática y cultural. Con el objetivo final de lograr una atención de salud de calidad, personalizada, gratuita e intercultural a todos los niños que sean ingresados independiente de su país de procedencia

Objetivos:

- Implementar una visión de interculturalidad en la atención infantil
- Superar la barrera idiomática
- Brindar seguridad social a las familias migrantes y fomentar la inserción sociocultural de nuestras familias
- Incorporación de la población migrante a Salud Mental y talleres preventivos.

Desarrollo: El Patronato Madre Hijo implementó diversas medidas para lograr los objetivos propuestos por el área, entre ellos destaca: - Señalética traducida al creole en el Centro de Salud

- Caracterización de la población migrante atendida en el centro
- Diccionario creole español disponible para cada atención
- Folletos de promoción y prevención traducidos al creole
- Consentimiento informado y escala de Edimburgo traducida
- Capacitaciones en creole para el equipo
- Apoyo social para la inserción laboral de la familia

Resultados: El Patronato madre hijo al recibir una familia beneficiaria de nuestro centro realiza una evaluación sociocultural, sumado a explicación del funcionamiento del centro, dándole un consentimiento informado sobre las distintas implicancias, derechos y deberes. En el caso de familia migrante haitiana se entrega dicho consentimiento en creole. En cada box de atención existe una señalética en creole en su puerta, sumado a un diccionario a la mano para él o la profesional a cargo y se cuenta con material educativo variado en ambos idiomas, así como también la Escala de Edimburgo. Se realizaron durante el 2018 distintas capacitaciones al personal en creole, así como una celebración del día de la Interculturalidad donde se intentó vincular a la población migrante con el centro y entre ella. Destaca en el tiempo la incorporación paulatina a los talleres preventivos y al área de salud mental, superando la barrera idiomática. En abril del 2019 se realiza una caracterización de la población migrante, quienes corresponden al 10% del total de pacientes atendidos, con respecto a nacionalidad se dividen según el Gráfico 1; el promedio de edad es de 2 años y 3 meses, mientras que sus cuidadoras/es de 31 años. En relación a la cantidad de hijos, en promedio las familias de origen migrante tienen 2.25 hijos/as, viviendo en promedio 4.7 personas por hogar.

En mayo del 2019 en contexto del día de la madre se realiza una Conmemoración del día de la Mamá con énfasis en la mamá migrante, dicha actividad tuvo como objetivo integrar a nuestras cuidadoras a la comunidad de la fundación.

Gracias a la alianza con Fundación Somos FRE, que cuenta con una gran comunidad migrante en su institución, se empezó a derivar a las familias migrantes hacia la fundación con tal de vincularlas con una comunidad migrante ya constituida

Conclusiones y desafíos En la evaluación del área se ha logrado implementar la mayoría de las medidas establecidas como objetivos, observando en el día a día la mayor vinculación de la población migrante con el resto de la comunidad. El Patronato Madre Hijo continúa desarrollando medidas para disminuir las distintas brechas que nos separan de la población de origen migrante, dentro de los desafíos próximos está crear material informativo en creole en la sala de espera, capacitación del equipo en el área de Interculturalidad y realizar un focus group sobre la experiencia de la población migrante.



Experiencia de inclusión de la mujer migrante a través de *Proyecto Cáncer y Mujer empoderamiento femenino en salud en Valdivia*

Iraidi Ramos¹, Pamela Ehrenfeld¹, Francisca Pavicic¹.

(1) Instituto De Anatomía, Histología Y Patología, Medicina, Universidad Austral De Chile

Antecedentes: El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres a nivel mundial. En Chile, es la primera causa oncológica de muerte. El cáncer cervicouterino es el segundo en frecuencia en la mujer, se espera que su mortalidad aumente 45% para el año 2030 en América. La mujer representa el 48,31 % de la población migrante en Chile para el 2018, según el datos del Servicio Jesuita Migrante, provenientes principalmente Venezuela, Perú, Haití, Colombia y Bolivia; lo cual representa un aumento significativo de la presencia de la mujer en el flujo migratorio. Como colectivo vulnerable, la mujer migrante tiene brechas al acceso a la salud por desconocimiento de la políticas sanitarias e inclusión a programas de estilos de vida saludable. Es necesario implementar estrategias de prevención precoz de estos tipos de patologías en este grupo vulnerable. **Cáncer y Mujer: empoderamiento femenino en salud** es un proyecto de Vinculación con el medio de la Universidad Austral de Chile que genera capacitación, aprendizaje, autoconocimiento y reivindicación de los derechos femeninos en salud con énfasis en la mujer migrante.

Objetivo general: Desarrollar un programa de educación para la promoción de salud sexual, autocuidado y prevención del cáncer en la mujer, dirigido a la población femenina chilena y migrante adolescente, adulta y de tercera edad de la Región de los Ríos. Objetivos específicos: - Desarrollo: Se realizó una campaña de difusión por las redes sociales dirigida a la comunidad en general, especialmente a mujeres en edades susceptibles desde adolescentes hasta adultas mayores. Invitación abierta a través de la *RadioUACH*, canal online *Mas Valdivia TV*, usuarias del CESFAM "Dr. Jorge Sabat G" de la ciudad de Valdivia y comunidad migrante en valdivia a través de *ONG Migrantes en Los Ríos y Venevaldivianos*. Inició en junio y finalizará en noviembre de 2019. Las actividades pautadas son sesiones tipo conversatorios realizadas una vez al mes abarcando prevención de cáncer de mama, cuello uterino y prácticas saludables.

Resultados y/o conclusiones: Hasta la fecha el proyecto se encuentra en ejecución intermedia con el cumplimiento de tres sesiones. El análisis de los resultados será circunscrito a las sesiones realizadas. La primera expuso el impacto del empoderamiento en la vida y salud de la mujer; seguido del taller "Cáncer: conociendo al enemigo" contó con la participación de 12 personas incluidas 3 migrantes. La tercera sesión contó con aproximadamente 24 participantes incluidas 12.5 % migrantes que han encontrado en el proyecto un acceso a la integración social y acceso al sistema de salud local con el taller de Prevención de Cáncer de mama con matronas de la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Base de Valdivia y del CESFAM "Dr. Jorge Sabat G". Se vinculó la Universidad, la ONG de migrantes en Los Ríos y el CESFAM en un abordaje de la familia y persona migrante, promoción de integración al sistema de salud familiar con la captación de 2 usuarias migrantes al programa de tamizaje de cáncer de mama en el CESFAM.

Proyecto de Vinculación con el medio Universidad Austral de Chile. Becas CONICYT Doctorado nacional.

Motivación y Encantamiento: exposición precoz de estudiantes de medicina al razonamiento clínico

Patricia M. Valenzuela¹, Marcela Lagos², Diego Constenla³, Martín Fritzsche³, Lucas Oberpaur³, José Chianale⁴, Philippa Moore⁵.

(1) Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

(2) Departamento de Laboratorios Clínicos, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

(3) Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

(4) Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

(5) Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Antecedentes: El año 2015 la Escuela de Medicina UC implementó una reforma curricular de la Carrera de Medicina. Previo a la implementación de ésta, se realizó una extensa revisión de la literatura y levantamiento sobre la percepción global del programa de la carrera, se trabajó en la definición de nuevas metas de aprendizaje e incorporación de nuevas metodologías. En el ámbito de la formación médica, la revisión concluyó que el contacto clínico precoz con experiencias prácticas de los estudiantes en los primeros años, favorecen el desarrollo de las competencias transversales, habilidades clínicas y profesionalismo. En este contexto se crea el curso “Bases y Fundamentos de la Medicina” para estudiantes de primer año, que consta de cinco módulos: Desarrollo del razonamiento clínico, Herramientas básicas de atención al paciente, Medicina comunitaria, La persona del médico: herramientas esenciales y Fundamentos filosóficos de la medicina. Presentamos la experiencia de diseño, implementación y evaluación del módulo “Desarrollo del razonamiento clínico”, un espacio de exposición precoz del estudiante al razonamiento clínico.

Objetivos: El objetivo de la experiencia fue la creación e implementación de un módulo cuyo propósito es acercar a los estudiantes de primer año al quehacer médico e introducirlos a la vivencia del rol profesional que desempeñarán durante la práctica clínica con pacientes.

Desarrollo: Con el apoyo del Centro de Desarrollo Docente y del Centro de Educación Médica y Ciencias de la Salud (CEMCIS), se realizaron actividades de capacitación para los docentes en nuevas metodologías de aprendizaje centradas en el estudiante y nuevos instrumentos de evaluación. Se diseñó e implementó un módulo bisemanal de 10 sesiones totales, con alrededor de 32 alumnos, divididos en tres subgrupos. Este módulo se repite 4 veces al año. Los objetivos específicos orientan a que los estudiantes logren: identificar las etapas del razonamiento clínico, reconocer la importancia de las habilidades de comunicación, gestionar su propio aprendizaje en forma más autónoma, valorar el trabajo en equipo y aplicar el modelo bio-psico-social en el análisis de casos clínicos. Se realiza una introducción teórico-práctica que incluye: anamnesis, elementos esenciales del examen físico, habilidades de comunicación y relación médico paciente. Esta actividad está basada en el modelaje de un maestro. Un docente con amplia experiencia realiza una entrevista y examen físico a un paciente entrenado, modelando habilidades clínicas y comunicacionales a los estudiantes, quienes participan activamente en el análisis de lo observado, actividad liderada por docente experto en comunicación. Esta actividad se complementa con talleres donde los estudiantes cumplen roles de paciente y entrevistador, poniendo énfasis en la vivencia de enfermedad del paciente. Posteriormente, en base a un caso clínico, los estudiantes en grupo pequeño, junto a dos tutores guía, discuten y avanzan en el proceso de razonamiento clínico a lo largo de 6 sesiones, utilizando la metodología de aprendizaje basada en problemas. Además, realizan visitas y entrevistas para integrar lo aprendido, con un enfoque multidisciplinario. La evaluación del módulo se realiza a partir de cuatro componentes: presentación oral del caso clínico trabajado frente a todos los integrantes del módulo, portafolio de tareas individuales, apreciación del tutor del desempeño del estudiante durante las actividades y una prueba escrita final.

Resultados y conclusiones El curso se ha dictado durante 4 años hasta la fecha con la participación de entre 123 a 129 estudiantes cada año (2015-2018). El módulo es evaluado por los alumnos a través de la aplicación de encuestas de evaluación de cursos del CEMCIS, teniendo en general muy buena recepción por parte de los alumnos, con una nota promedio de 6,82 durante los 4 años. Se presentará la percepción de los estudiantes en forma cuali-cuantitativa. Este curso representa el primer eslabón de un continuo humanista que acerca al estudiante de primer año al quehacer médico en forma integral, incorporando las metas de aprendizaje, metodologías activas, la autonomía y la responsabilidad, con especial énfasis en la vivencia del paciente, la relación médico paciente y la introducción a las etapas del razonamiento clínico. Esperamos que estas nuevas cohortes de alumnos muestren una formación más integral, una actitud proactiva y mayor compromiso global una vez que entren a la práctica clínica real.



Competencia cultural en la atención migrante de nutricionistas de APS de la comuna de Santiago

Daniel Egaña¹, Alicia Arias Schreiber¹, Patricia Gálvez², Carolina Carstens³.

(1) Atención Primaria y Salud Familiar, Medicina, Universidad de Chile

(2) Nutrición, Medicina, Universidad de Chile

(3) Universidad de Chile

Introducción: La investigación indagó en la competencia cultural en salud (CCS) involucrada en la atención nutricional realizada en Atención Primaria de Salud (APS) en la comuna de Santiago, de particular relevancia dado el crecimiento sostenido de la inmigración internacional en Chile en los últimos años. Este cambio ha desafiado la velocidad con la que el sector salud ha podido realizar ajustes para enfrentarlo, dejando muchas veces en manos de los equipos de salud el desarrollo de adecuaciones que respondan eficazmente a los encuentros culturales en salud. Así, es imprescindible evaluar la CCS de los profesionales (en este caso, nutricionistas), a fin de promover su desarrollo y mitigar las barreras para una atención culturalmente pertinente en los Centros de Salud Familiar. Terry Cross, pionero en la reflexión en torno a CCS, planteó un continuo teórico con el que evaluar sistemas, dispositivos y agentes sanitarios involucrados en la atención en salud a población culturalmente diversa. Aunque esquemático y eventualmente reduccionista, el continuo plantea cinco estados en los cuales clasificar los discursos y acciones de los trabajadores, dispositivos y sistemas de salud: *destruccion cultural*, *incapacidad cultural*, *ceguera cultural*, *pre-competencia cultural*, *competencia cultural avanzada*. En el marco de una investigación de mayor alcance, el presente trabajo es una primera aproximación a un análisis del discurso de las nutricionistas de APS de la comuna de Santiago, respecto a su aproximación a los encuentros clínicos interculturales.

Objetivo: -Caracterizar los discursos de las nutricionistas de APS a partir del continuo teórico de competencias culturales de Terry Cross.

Materiales y métodos: Diseño: Estudio transversal de carácter exploratorio con metodología cualitativa y abordaje multidisciplinario. El trabajo de campo fue realizado por un antropólogo, socióloga, nutricionista y médica de atención primaria, entre abril y noviembre de 2018, contando con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Muestra y participantes: Se invitó a participar a la totalidad de nutricionistas que trabajan en APS en la comuna de Santiago, con jornadas desde 22 horas en adelante. No se obtuvo rechazos a participar. Se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas, con una duración entre 45 y 75 minutos, contando con consentimiento informado de las participantes.

Análisis: las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Las narrativas obtenidas fueron sistematizadas utilizando un análisis temático. Los/as cuatro investigadores/as realizaron una codificación inicial con una muestra aleatoria de documentos; estos códigos iniciales fueron discutidos por el equipo de investigación, generando un libro final de códigos. El mismo equipo codificó la totalidad de los documentos, realizando reuniones periódicas para revisar los códigos existentes, así como discutir la inclusión de nuevos códigos. Una vez finalizados, los códigos fueron agrupados en categorías generando temas. La organización de la información y el análisis fueron llevados a cabo usando el software Atlas.ti 8.1.

Resultados: Los discursos de las nutricionistas cubren todo el espectro planteado en el continuo de CCS descrito por Cross. La mayor concentración discursiva se encuentra entre la *ceguera cultural* y la *pre-competencia cultural*. El discurso minoritario es el de *destruccion cultural*; cuando este emerge, suele ser atribuido a otros actores (principalmente usuarios chilenos con respecto a la población extranjera), sin embargo, también se encuentra presente en nutricionistas. Las nutricionistas no poseen discursos completamente circunscribirles a un momento del continuo, sino que su discurso transita entre distintos niveles, concentrándose en uno o dos estados del espectro planteado por Cross.

El financiamiento de esta investigación fue realizada por el Grupo de Trabajo de Migración y Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, quienes pagaron las transcripciones de las entrevistas

Evaluación de la funcionalidad de pacientes posterior a artroplastia de cadera según cuestionario WOMAC

Marcela Gallo Fernández¹, Gladys Caro Lovera².

(1) Universidad San Sebastián; CESFAM Jorge Sabat

(2) Medicina Familiar, Medicina, Universidad San Sebastián; CESFAM Angelmó

INTRODUCCIÓN: Se estima que el 3.1% de los mayores de 15 años en Chile sufren de algún grado de coxoartrosis (ENS 2016-2017), lo que determina presencia de dolor crónico, pérdida de autovalencia y funcionalidad, y aumento del riesgo de caídas. En los grupos etáreos de 3º y 4º edad se asocia a alto riesgo de fractura de cadera, elevando el riesgo de postración. La ENS 2009-2010 pesquisó que el 37.6% de la población chilena mayor a 15 años presenta dolor de tipo músculo esquelético no traumático. De ello, el 10.5% de los mayores de 55 años presenta dolor de intensidad moderada a severa ubicada en la cadera, con mayor prevalencia en el sexo masculino y de una duración mayor a 6 meses. Considerando que la esperanza de vida es de 79.68 años (INE 2010), estimándose un aumento progresivo de ésta, es de vital importancia focalizar los recursos hacia la prevención primaria y secundaria. En Chile el tratamiento quirúrgico de la coxoartrosis se encuentra garantizada por el estado en los pacientes de 65 años o más, y los equipos de APS deben constituirse en el soporte para técnico para asegurar la recuperación de la autovalencia y funcionalidad de los adultos mayores.

OBJETIVOS:

GENERAL: Valorar el grado de recuperación de funcionalidad, reducción del dolor y de rigidez en un grupo de pacientes bajo control post artroplastía de cadera, según el nivel de apoyo social de éstos

ESPECÍFICOS: -Determinar nivel de funcionalidad y dependencia de pacientes ≥ 6 meses posterior a artroplastía de cadera mediante WOMAC e índice de Barthel - Identificar la mejoría de dolor y rigidez post artroplastía mediante cuestionario WOMAC. - Evaluar resultados WOMAC según grupos de 3º y 4º edad - Determinar riesgo de caídas post-operatorio según resultados de pruebas de equilibrio - Analizar factores riesgo asociados al riesgo de caídas: edad, sexo, polifarmacia y comorbilidades asociadas. - Determinar el grado de apoyo social post-operatorio según MOS.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de cohorte retrospectivo de un grupo de 66 pacientes bajo control en los CESFAM Angelmó, Antonio Varas y Carmela Carvajal a los que se les realizó artroplastía de cadera durante los años 2016 y 2017 en el Hospital de Puerto Montt. Se excluyó a quienes cursaron con complicaciones postoperatorias, reemplazo de endoprótesis antigua y sin consentimiento, quedando un total de 42 pacientes. Se recogieron datos demográficos y se aplicó el cuestionario WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index), el cuestionario de MOS de apoyo social, pruebas de equilibrio e índice de Barthel, para posteriormente realizar análisis los resultados.

RESULTADOS: - Según WOMAC 20 de 42 pacientes no presentan dolor y de los 22 restantes, 10 presentan sólo poco dolor. En cuanto a la rigidez, 34 de 42 refiere no sentir rigidez. 15 de los 42 refieren tener capacidad funcional autovalente y 18 de los 27 restantes, sólo dependencia leve. Concluyendo que 33 de los 42 pacientes son independientes o sólo dependientes leves post cirugía. - 9 de los 42 pacientes se encuentran en la 4º edad (mayores de 80 años), de los cuales 7 indican ser independientes. - 36 de 42 pacientes mostraron un tiempo de menos de 20 segundos para completar la prueba Time up and go. - En el caso de la prueba unipodal 21 de 42 tuvo una duración menor a 5 segundos con cualquiera de los pies; de éstos 15 eran mayores a 65 años, 11 eran mujeres, sólo 7 tenía polifarmacia y 18 tenía pluripatología.- 41 de 42 pacientes indicaron tener una percepción de apoyo social según cuestionario MOS en sus 4 áreas.

CONCLUSIONES: La artroplastía de cadera beneficia a todos los grupos etáreos, mejorando la sintomatología previa, disminuyendo el riesgo de caídas y permitiendo un estado funcional óptimo para la realización de las actividades básicas del diario vivir en la mayoría de los pacientes; por lo que es posible concluir que dicho procedimiento quirúrgico es recomendable en todos los pacientes que tengan los criterios de inclusión requeridos para su realización. El apoyo social se mantiene posterior al procedimiento quirúrgico.

Sin financiamiento.

Detección de necesidades de migrantes organizados en salud y puesta en marcha de mesa de trabajo intersectorial

Victoria Henríquez^{1,2}, Loreto Gonzalez², Lilian Fernandez², Sara Gonzalez², Hardy Muller².

(1) unidad de salud familiar, medicina, Universidad de La Frontera

(2) UNIDAD SALUD FAMILIAR, MEDICINA, Universidad de La Frontera

Antecedentes: La principal causa de las migraciones son situaciones forzadas laborales y económicas, sea por escaso desarrollo productivo o pobreza. En general, las personas eligen migrar a aquel país donde ya habita un familiar o amigo, quien le ha recomendado, por su propia experiencia, que ese país ofrece oportunidades de trabajo meritorias como para su traslado. De datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas, Se estimaron 1.251.225 personas extranjeras residentes en el país hasta el 31 de diciembre de 2018 según el **de este total el 51,6% son hombres y el 48,% mujeres**, mientras la mayor cantidad de esta población se concentra entre los 29 y los 39 años. Del número de VISAS otorgadas de personas extranjeras residentes en la región de la Araucanía un 52% corresponde a Haití, 26% de Venezuela, seguido por Colombia en un menor porcentaje. **Existe un aumento de migración desde Venezuela**, presentándose Temuco como una ciudad en donde se percibe un gran número de migrantes, por lo que se plantea la posibilidad de realizar acciones para facilitar el acceso a la salud de las personas extranjeras.

Objetivos:

- **General:** Conocer las problemáticas en salud percibidas por los migrantes de Origen Venezolanos y otros países: visibilizando el estado de la salud como una condición a mejorar para la población migrante.
- **Específicos:**
 - Dar a conocer a extranjeros las alternativas en salud locales y facilitando acceso.
 - Entregar prestaciones específicas en salud en casos agudos.
 - Realizar acompañamiento a usuarios en caso de dificultades en la atención en dispositivos de salud.

Desarrollo: A raíz de la necesidad percibida por presidenta del consejo de desarrollo local del Hospital Hernán Henríquez Aravena, de Temuco y de Médico de Familia egresado de la Universidad de la Frontera; se contactaron a diferentes actores que presentaron interés en la salud y migración. Se realizó una convocatoria cerrada vía correo, llamadas telefónicas e incorporación de contactos. En dicha reunión inicial participan Médicos familiares, Trabajadores Sociales, representantes de ASOCVEA (asociación Civil de Venezolanos en la Araucanía, SAFEMI (iglesia cristiana Salvación, fe, milagros), e InnovaPais. Es importante mencionar que los actores presentan vínculos formales con establecimientos de Salud del Servicio Araucanía Sur, así como relación directa con la unidad de Medicina Familiar de la Universidad de la Frontera. El Diagnostico se realiza a principalmente a través de dirigentes validados por sus pares en ASOCVEA *Levantamiento de brechas percibidas:*

- Desinformación con respecto a manera de recibir cobertura en salud, tanto para población con o sin trabajo.
- Desinformación de la red de atención en salud y la pertinencia.
- Escasa oferta laboral para migrantes con condiciones de trabajo reguladas.
- falta de recursos para solventar el tratamientos agudos y crónicos

Resultados Los productos obtenidos de esta convocatoria fueron:

- Se conformo una mesa de trabajo y se autodenominándose “Migrantes Unidos”. Que aún permanece activa con reuniones periódicas, acogiendo y procurando dar solución a necesidades tanto en salud como sociales de ciudadanos migrantes.
- Se confecciono un FanPage en donde se realiza difusión de las actividades a realizar por la mesa y sirve para enlazar con diferentes organismos de Salud.
- Se programaron y realizaron talleres para la formación de monitores en salud en donde se mostraron las alternativas a acceso a la salud y red asistencial, como facilitar normativa vigente atingente.
- Se programó como actividad de contingencia la realización de un operativo de salud, entregando servicios diversos tanto sociales, educación, ayuda solidaria, emprendimiento y atenciones por Médicas y no médicas.
- Se trabajo en la conformación de Bolsa de trabajo, orientada hacia migrantes y asesoramiento para elaboración de curriculos y ubicación de puestos de trabajo por Ingeniero Comercial, considerando el trabajo como una condicionante del estado de salud mental, social y física.

Conclusiones: El trabajar de manera coordinada en post de las necesidades plantadas por organizaciones validadas por la población migrante en la Ciudad de Temuco, ha facilitado el acceso a inscripción, atención y tratamiento de los usuarios de origen extranjero, extendiéndose no solo a la población Venezolana residente. Proporcionando además vinculación social, emocional y espiritual, proporcionando espacios de contención, ayuda, compañerismo y trabajo conjunto entre los equipos de Salud y la comunidad Organizada.

Envejecimiento activo y la práctica de Tai Chi y Chi Kung: monitoreando la vivencia del Adulto Mayor

María Eugenia Osorio¹, Stephanie Maldonado ¹, María Eugenia Rapimán ².

(1) Cesfam Rengo

(2) Universidad Diego Portales

Introducción:

El envejecimiento de la población, es una tendencia a nivel mundial y nacional (OMS, 2017; Minsal,2017; INE, 2018). El proceso de envejecimiento genera una serie de cambios estructurales y funcionales, siendo uno de los principales: la limitación progresiva de las capacidades y competencias funcionales de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente. De ahí que la política integral de envejecimiento positivo 2012-2025, tiene como uno de los elementos centrales, el proteger la salud funcional de las personas mayores.

Esto plantea un especial desafío para los profesionales que laboran en la Atención Primaria de Salud. Se constituye en objetivo primordial, entregar una atención integral y holística, en esta etapa del ciclo vital, para optimizar las oportunidades de salud, favorecer la participación en forma segura en actividades que potencien la autonomía, funcionalidad y calidad de vida, conforme las personas envejecen (OMS, 2015).

La revisión de la literatura científica, muestra que el ejercicio físico es una importante estrategia, para la promoción de la salud funcional del ser humano. En este contexto, se destaca ejercicios provenientes de la Medicina tradicional China, tales como el Tai Chi y Chi Kung, cuyos fundamentos se basan en la realización de movimientos lentos, rítmicos y controlados acompañados de respiración profunda y de concentración mental (Romero, 2010). El trabajo mente-cuerpo que se realiza en este tipo de ejercicios y el bajo impacto que tienen estos ejercicios sobre las articulaciones, hacen que se pueda adaptar a los Adultos mayores, favoreciendo en esto, un envejecimiento activo, el desarrollo de una mejor calidad de vida, y efectos positivos sobre la salud.

Esta investigación tiene como propósito evaluar (realizar un primer monitoreo), la implementación de la práctica de Tai Chi y Chi Kung, en adultos mayores usuarios del CESFAM Rienzi Valencia - 6ª Región.

Objetivo General:

Describir la vivencia del Adulto Mayor, en relación a la práctica de Tai Chi y Chi Kung. **Objetivos Específicos:**

1. Identificar el concepto que tiene el Adulto Mayor respecto a la práctica de Tai Chi y Chi Kung.
2. Explorar sensaciones que genera en el Adulto Mayor, la práctica de Tai Chi y Chi Kung.
3. Identificar el concepto que tiene el Adulto Mayor, respecto a la participación del profesional de salud, durante el proceso de aprendizaje de ejercicios de Tai chi y Chi Kung.

Metodología: Cualitativa de tipo descriptivo; **muestra** obtenida por conveniencia;

participantes: adultos mayores, usuarios CESFAM Rienzi Valencia; **recolección de información:** grupo focal; **análisis de información:** análisis de contenido temático; **aspectos éticos:** según criterios de Emmanuel.

Resultados:

El relato de los participantes revela tres temas centrales:

1. Ámbito personal: Oportunidad, desafío, beneficio, identificación, integración, cuidado.
2. Ámbito afectivo: anhelo, automotivación, autoconfianza
3. Ámbito interaccional (proceso aprendizaje): Empoderamiento, empatía, confianza, apoyo.

Discusión:

La práctica de Tai Chi y Chi Kung, como práctica de autocuidado, es conceptualizado por los participantes como una oportunidad que le presenta desafíos y aporta beneficios a su salud mental y física. Genera en el adulto mayor estados afectivos positivos, lo que favorece la automotivación y autoconfianza para el aprendizaje de esta estrategia orientada a la mantención de su funcionalidad. En el aprendizaje de esta práctica, la participación del monitor de salud es determinante, esto confirma la importancia de contar con profesionales de salud, comprometidos con la atención humanizada, integral y holística, que sean empáticos, que sean capaces de adecuar las metodologías de enseñanza a las capacidades de los participantes ,que están motivados y comprometidos con el aprendizaje de este tipo de prácticas de autocuidado.

Conclusiones:

Los resultados de esta investigación aportan importantes antecedentes para la discusión y análisis, tanto del equipo directivo, como de los integrantes del Equipo de Salud , que labora en el CESFAM Rienzi Valencia, respecto a la implementación de esta práctica promotora de funcionalidad y calidad de vida.

Queda como imperativo, el diseño y/o la implementación de estrategias a mediano y largo plazo, que favorezcan la viabilidad y continuidad de este tipo de prácticas que contribuyen a la calidad de vida, autonomía, funcionalidad y envejecimiento saludable del adulto mayor.



Prevalencia de Parasitosis en Comunidades Indígenas Yanomami y actividades de Promoción y Prevención de Salud en Atención Primaria

Lianny Paola Peñaranda¹, Daniel Josué Aparicio Camargo².

(1) salud familiar y comunitaria, salud pública, Universidad de Concepción

(2) Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas Dr. Félix Gómez, Medicina, Del Zulia

(Sponsored by Centro De Investigaciones Endocrino-Metabólicas Dr. Félix Gómez. República Bolivariana De Venezuela.)

Palabras Claves: Atención primaria, comunitario, promoción.

Introducción: Las comunidades indígenas constituyen poblaciones desprovistas de atención primaria en salud continua, en vista de lo cual, se intuye la presencia de una alta prevalencia de enfermedades comunes fácilmente prevenibles y tratables.

Objetivo: Los objetivos de esta investigación fueron determinar la prevalencia de parasitosis en tres comunidades indígenas de la etnia yanomami habitantes, así como fomentar la promoción y prevención primaria en salud en las mismas.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo transversal donde se evaluaron clínicamente toda la población (n=190; H:99, M:91) de las comunidades indígenas Merey II (n=53; H:26, M:27), Wirionaweeri (n=87; H:46, M:41) y Maraka (n=50; H:27, M:23) del 13-22 de agosto de 2009. El diagnóstico de parasitosis fue establecido clínicamente tras la anamnesis y el examen físico, con posterior administración de antiparasitario de manera preventiva y curativa. Por otro lado se realiza entrega de información verbal por medio de facilitador intercultural sobre actividades promocionales y preventivas de Salud. El análisis estadístico se hizo a través del software IBM SPSS Statistic 24.0.

Resultados: El 43% (n=83; H:47, M:36) de la población fue diagnosticada de parasitosis, de los cuales el 86,74% (n=72; H:42, M:30) presentó parasitosis gastrointestinal evidenciable posterior a la desparasitación con expulsión de helmintos, el 9,63% (n=8; H:5, M:3) padecía de escabiosis, y el restante 3,63% (n=3; H:0, M:3) sufría ambas patologías.

Conclusiones: Las comunidades indígenas yanomami poseen una alta prevalencia de parasitosis debido a su estilo de vida caracterizado por el consumo de agua no potable, el hacinamiento, mala disposición de excretas y la autoexclusión de las zonas urbanas que presentan centros de atención primaria de salud. Por otro lado todas las madres practican activamente la lactancia materna hasta el nacimiento de un nuevo hijo.

Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez". República Bolivariana de Venezuela.

Aperro Contigo: acercando la terapia asistida por perros al tratamiento de la obesidad infantil

Macarena Ureta¹, Damián Kusch Vidal².

(1) Médica Cirujana, Universidad Austral de Chile

(2) Entrenador profesional de animales

ANTECEDENTES: El 24.4% de los niños de 1ro básico en nuestro país son obesos. La terapia asistida por animales (TAA) utiliza animales para mejorar el funcionamiento social, físico, emocional o cognitivo del paciente; especialmente útil en niños y en enfermedades crónicas, como la obesidad.

OBJETIVOS: Aportar una metodología innovadora para el tratamiento de la obesidad infantil, utilizando al perro como ente motivador al realizar actividad física. Se espera una disminución del índice de masa corporal (IMC) y se desea probar esta metodología en escolares de 6 a 10 años en Purranque.

DESARROLLO: Con el apoyo del CESFAM y el patrocinio de la Municipalidad de Purranque, se contrató un entrenador canino. Se conformó un grupo de 6 escolares con diagnóstico de obesidad, de entre 5 y 11 años, todos hombres, inscritos en el CESFAM, con TDAH, rasgos Asperger, oposicionismo desafiante y sospecha de retraso mental leve como comorbilidades. Todos tendrían controles individuales en “Vida Sana” por nutricionista y psicólogo.

Se realizaron 2 sesiones grupales de canoterapia semanales durante 10 semanas de 1.5 hrs de duración, con controles médicos al ingreso y al finalizar el proyecto. Se les aplicaron genograma y APGAR familiar. Se educó a los padres. Las sesiones de TAA se realizaron en un campo, dirigidas por una médica general y el entrenador canino, ambos certificados en TAA.

Las sesiones de TAA se estructuraron en 3 segmentos: Saludo inicial y precalentamiento: el perro saluda a cada niño (les da la pata, a la orden), luego, diferentes dinámicas como “Las frutas”, similar a “los países”. Si la fruta nombrada agarra la pelota debe tirársela a un compañero para pasar el turno, si el perro la agarra todos pagan penitencia (hacer sentadillas, correr, abdominales, etc). Duración 15 minutos. Luego, ejercicio aeróbico: buscando el continuo movimiento del niño, con dinámicas como “Carrera de obstáculos” donde el perro realiza un circuito y luego, los niños compiten contra él y quien logra menor tiempo gana. Duración 30 minutos. Al competir contra un animal, al cual ellos admiran y poder ganarle, genera efectos inmediatos en su autoestima, elevando el nivel motivacional, solicitando ellos mismos repetir el ejercicio, a fin de reforzar esta sensación de bienestar (refuerzo positivo). Finalmente el juego premio: como “Fútbol”, con un perro por arco, el equipo que gana elige la penitencia del rival.

A los padres se les realizaron 3 talleres: Generalidades de la TAA y proyecto Aperro Contigo. ¿Cómo llegué a ser gordo?, orientado a entender la obesidad como problema de salud mental, con lo que los padres (también obesos) se sintieron identificados, dándose cuenta de ciertas conductas que mantenían con sus hijos, para así empoderarse y lograr cambios de hábitos familiares. E Interpretación del genograma y Apgar familiares, identificando patrones que se repetían en las generaciones, sirvió para consolidar conocimientos aprendidos en el taller anterior.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Resultados cuantitativos: todos los usuarios disminuyeron su IMC entre 0,3 y 1,39 y su circunferencia de cintura entre 0,5 y 4 cm. Se infiere que la disminución del peso en los niños, se debe a pérdida de masa grasa y no magra.

Resultados cualitativos, se obtuvieron a través de encuestas. Los padres refieren ver en sus hijos entusiasmo y motivación por asistir a taller, menor frustración y mejor autoestima, mejor disposición a hacer los quehaceres, niños más activo y más predispuestos a jugar, se sienten más aceptados, con mayor conciencia de alimentación saludable, mayor consumo de agua, mayor autocontrol al comer, duermen mejor, no se enferman tanto. Los niños aprecian correr con el perro, actividades en el campo y les disgusta que el taller dure poco tiempo. Refieren que antes del proyecto eran “flojo, aburrido, gordo, no jugaba, jugaba al celular, mañoso, desordenado y ahora juego hartito, juego afuera, no juego tanto al celular, más feliz, me porto bien para ir al taller, no hago mañas, tengo más amigos”.

Concluimos que incluir un animal en el tratamiento de la obesidad infantil presenta beneficios que traspasan lo nutricional, observando mejorías en lo social, cognitivo, en la autoestima, autoconfianza, en salud mental, mejoran las relaciones con los pares, la participación en clases, desinhibición, etc. Aperro Contigo, más que un tratamiento integral para la obesidad infantil, hace niños felices.



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD FAMILIAR



Departamento de Medicina Familiar



Programa de Salud y Medicina Familiar



Programa de Especialidad en Medicina Familiar



Instituto de Salud Pública



Departamento de Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud



MEDICOS SIN MARCA



Sociedad Chilena de Medicina Familiar

